

Université de Montréal

Démarche d'intégration d'activités éducatives visant le développement de la compétence
culturelle dans le cours SOI 2614 – Expérience de fin de vie

Par

Ysemena Robert

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade Maîtrise ès sciences (M.sc)
en sciences infirmières, option formation

Comité d'évaluation

M. Alain Legault, directeur du stage

Mme Sophia Merisier, personne-ressource du milieu

Août 2016

© Ysemena Robert, 2016

Résumé

La prise en charge des personnes de cultures différentes représente un défi de taille pour les professionnels de la santé (Bhopal, 2009), car ceux-ci éprouvent souvent de la difficulté à interpréter les comportements et attitudes de la personne d'une autre culture (Tison et Hervé-Désirat, 2007). Selon plusieurs auteurs, le domaine des soins de fin de vie est très exigeant psychologiquement pour les professionnels de la santé qui sont plus ou moins habiles d'intervenir et de répondre de manière efficace aux attentes culturelles exprimées par la personne et les membres de sa famille due à un manque de formation ou de compétence culturelle (Doorenbos et Myers Schim, 2004; McGee et Johnson, 2014; Saccomano et Abbatiello, 2014). De plus, ce manque de compétence peut conduire à des malentendus tant de la part du professionnel de la santé que de la personne et les membres de sa famille (Tison et al., 2007). Ainsi, la formation à une approche de soins interculturels en contexte de fin de vie est l'une des réponses permettant aux professionnels de la santé, en particulier les infirmières qui passent la majeure partie de leur temps au chevet du patient de développer une meilleure compréhension des besoins culturels exprimés par la personne et sa famille (Tison et al., 2007; Kirmayer, 2012; Sagar 2014).

Le présent rapport de stage de maîtrise porte sur la notion de compétence culturelle développée dans le cadre d'un cours de soins en fin de vie –SOI 2614 réalisé auprès des étudiantes infirmières de premier cycle à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Il vise aussi à présenter certaines stratégies éducatives soutenant le développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières.

Mots clés : Compétence culturelle, soins de fin de vie, formation infirmière, baccalauréat initial, stratégies éducatives

Abstract

To support people from different cultures is a major challenge for health professionals (Bhopal, 2009), since they often have difficulty interpreting the person behavior and attitudes from another culture (Tison & Hervé-Désirat, 2007). According to several authors, the field of end-of-life care is very demanding psychologically for health professionals who have more or less skills to act and respond effectively to the cultural expectations of the person and his family members due to a lack of training or cultural competence (Doorenbos & Myers Schim, 2004; McGee & Johnson, 2014; Saccomano & Abbatiello, 2014). Moreover, this lack of cultural competence can lead to misunderstandings from both: the healthcare professional, the person and his family members (Tison et al., 2007). Thus, training in an intercultural approach to care in context of end of life is one of the answers allowing health professionals, especially nurses who spend most of their time at the bedside to develop a better understanding of cultural needs of the person and his family (Tison & al., 2007; Kirmayer, 2012; Sagar 2014).

This Masters Report focuses on the notion of cultural competence developed as part of an end-of-life care course -SOI 2614 conducted among undergraduate nursing students at the Faculty of Nursing at the University of Montreal. It also aims to introduce some educational strategies supporting the development of cultural competence of nursing students.

Keywords: Cultural competence, end-of-life care, nursing education, undergraduate nursing students, educational strategies

Tables des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	10
Problématique.....	11
L'importance de développer la compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières..	11
Le développement de la compétence culturelle.....	12
Pertinence des soins culturels en fin de vie	13
But, objectifs du stage et objectifs d'apprentissage	15
Recensions des écrits.....	16
L'approche systémique familiale	16
La reconnaissance de l'Existence.....	16
La reconnaissance de l'Expérience.....	17
La reconnaissance de l'Expertise.....	17
La reconnaissance du besoin d'Espoir.....	18
Les enjeux éthiques dans les relations interculturelles	19
L'approche de soins humaniste-caring	19
L'approche par compétences (APC)	20
Cadre de référence : un modèle de soins interculturels.	23
Stratégies éducatives dans les relations de soins interculturels.....	25
Contexte de réalisation du stage.....	27
Déroulement du stage.....	27
Étapes préparatoires du stage.....	27
Déroulement du cours.....	28
Apprentissage par situations infirmières cliniques	29
Atelier d'accompagnement culturel en fin de vie.....	31
Présentation PowerPoint sur la compétence culturelle.....	32

L'évaluation des activités d'apprentissage.....	33
Types d'évaluation réalisés.....	32
Discussion	35
Pertinence du projet	35
Analyse réflexive portant sur la mise en œuvre des activités d'apprentissages	36
Retour sur l'APSIC.....	36
Retour sur l'atelier d'accompagnement culturel en laboratoire	38
Retour sur la présentation sur la compétence culturelle	39
Retour sur certains des objectifs de stage	40
Retour sur les objectifs d'apprentissage	43
Retombées pour le milieu de formation et la pratique clinique de l'infirmière.....	44
Forces et limites du projet.....	44
Conclusion.....	45
Références	46
Appendice A. Plan de déroulement du stage.....	51
Appendice B. Démarche d'APSIC.....	53
Appendice C. Situation clinique infirmière :version-tutrice	55
Appendice D. Atelier d'accompagnement culturel	61
Appendice E. Présentation sur la compétence culturelle	64
Appendice F. Questionnaire d'évaluation d'apprentissage et des activités d'apprentissage : version-étudiante	71
Appendice G. Questionnaire d'évaluation des activités d'apprentissage :version-tutrice	75

Liste des tableaux

Tableau 1. Dix principes propres à la formation par compétences.....	22
Tableau 2. Plan de déroulement du de stage.....	51
Tableau 3. Démarche d'APSIC.....	53

Liste des figures

Figure 1. Concepts qui sous-tendent la formation par compétence.....	22
Figure 2. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services.....	25
Figure 3. Éléments du questionnaire d'évaluation étudiante.....	42

Liste des abréviations

AIIC : association des infirmières et infirmières du Canada

APC : approche par compétences

APSIC : apprentissage par situations infirmières cliniques

CSSS : centre de santé et des services sociaux

FPC : formation par compétences

FSI : faculté des sciences infirmières

IRC : insuffisance rénale chronique

MELS : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du

MIDI : Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion

PPT : présentation PowerPoint

SIC : situations infirmières cliniques

UdeM : Université de Montréal

**** Précision :** dans le contexte d'un cours de soins en sciences infirmières, le féminin est utilisé pour désigner l'ensemble des étudiants.

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur, M. Alain Legault pour son soutien inestimable durant mon parcours à la maîtrise. C'est un professeur exceptionnel, très à l'écoute de ses étudiantes et il possède un grand sens de l'humour. De plus, c'est grâce à son accompagnement au cours de la maîtrise qu'aujourd'hui je termine cette nouvelle étape de ma carrière professionnelle avec brio.

Je remercie Mme Sophia Merisier (personne-ressource du milieu) pour son soutien et ses nombreux conseils.

Merci à ma famille, mes amis et mes coéquipières de travail pour leurs encouragements. Un merci spécial à mes parents, mon beau-frère Mischaël Jean, ma très chère amie Martine Darius, Benjamin Marvens Dorcé pour son soutien moral, mes grandes sœurs Anchera et Sméralda Robert qui n'ont jamais cessé de croire en mon potentiel de mener à terme ce projet dans les périodes difficiles. L'appui de ces personnes n'a pas de prix, car elles sont les piliers de ma vie.

Merci à toutes les personnes ayant participé aux différentes étapes de mon projet de maîtrise, Mme Anne-Marie Martinez, Émilie Allard, les tutrices ainsi que les étudiantes.

Enfin, tout cela a été possible parce que Dieu l'a voulu.

Introduction

À l'heure actuelle, la réalité interculturelle est un phénomène incontournable à l'échelle nationale et internationale. Le pluralisme culturel c'est-à-dire la coexistence entre personnes de cultures diverses représente une source d'enrichissement pour les sociétés d'accueil, mais aussi de grands défis pour les professionnels de la santé (Bhopal, 2009). Entre autres, la diversité culturelle dans les milieux de soins invite les professionnels de la santé à déployer diverses stratégies afin de répondre aux demandes particulières des personnes, des familles et des communautés issues de cultures différentes (Campinha-Bacote, 2011; Sagar, 2014). Ces demandes tendent à rendre la relation de soins plus complexe (Lancellotti, 2008), car en raison d'un manque de compétence culturelle les professionnels de la santé ne savent souvent pas comment y répondre adéquatement (Bhopal, 2009). En effet, les professionnels de la santé se disent souvent peu outillés pour faire face et répondre aux besoins constants d'ordre culturel exprimés par les personnes de cultures différentes (Tison et al., 2007). En réponse à tout ceci, la formation des professionnels de la santé à une approche de soins interculturels prend toute son importance. Dans le présent contexte, il sera question du développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières dans le domaine des soins de fin de vie puisque les études rapportent que les infirmières sont moins habiles dans leur accompagnement offert aux personnes de cultures différentes (McGee et al., 2014).

Ce rapport de stage portant sur une démarche d'intégration d'activités éducatives en lien avec le développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières en contexte de fin de vie comporte plusieurs sections. La première section fera état de la problématique entourant le manque de compétence culturelle des infirmières ainsi que de la pertinence de développer la compétence culturelle de celles-ci en contexte de fin de vie. La deuxième section présentera le but et les objectifs du stage ainsi que les objectifs d'apprentissage de la stagiaire. La troisième section arborera de la recension des écrits et des stratégies éducatives soutenant le développement de la compétence culturelle en fin de vie. Dans la quatrième section, il sera question de l'approche par compétences et d'un modèle de soins interculturels. La cinquième section présentera le contexte de réalisation de stage de même que les différentes activités d'apprentissage mises en place par la stagiaire. Enfin, dans la dernière section de ce rapport, une

discussion permettra de porter un regard critique sur le déroulement du stage et ses retombées pour les soins infirmiers.

Problématique

L'importance de développer la compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières

La culture symbolise un ensemble concret de croyances, de valeurs, de modes de vie, de pratiques partagées par lequel une personne, un groupe d'individus expriment et donnent une signification à leur existence (Huang, Yates et Prior, 2009). De plus, elle forme l'identité socioculturelle de la personne et est dotée d'un caractère subjectif pouvant modifier les perceptions des individus possédant des caractéristiques identitaires distinctes (Tison et al., 2007). En contexte de diversité culturelle, il est important pour les professionnels de la santé de bien comprendre en quoi consiste la notion de culture, car elle a une grande influence sur les nombreuses expériences de santé et de maladie vécues par la personne, de même que ses réactions à l'égard de ses traitements (Gysels et al., 2012).

Chaque année la province du Québec accueille des personnes en provenant des cinq continents. Entre 2004 à 2013, environ 484 867 nouveaux immigrants sont venus s'installer dans la province du Québec (Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion [MIDI], 2015). Dès leur arrivée, 75 % d'entre eux vont demeurer dans la grande région métropolitaine de Montréal contrairement à 22 % dans les villes avoisinantes (Laval, Longueuil, etc.) (MIDI, 2015). Au Canada, c'est 95 % des immigrants qui s'installent dans les grandes métropoles (Germain, 2013). Foucault (2008) mentionne « qu'à mesure qu'augmente la diversité culturelle [...] et religieuse de la société québécoise, le défi d'offrir des soins infirmiers compétents, adaptés aux besoins des personnes d'autres communautés culturelles prend place » (p. 21). Ceci dit, les professionnels de la santé que ce soit dans les milieux éducatifs, médicaux, sociaux ou autres sont interpellés à intervenir auprès de personnes de cultures différentes et de ce fait ils doivent mettre en œuvre des stratégies pour répondre adéquatement aux besoins culturels de ces personnes. Dans une publication réalisée en 2011 par le Centre des services sociaux et de la santé de la Montagne, il est rapporté qu'au Canada une grande majorité des professionnels de la santé ainsi que les clientèles du service proviennent de communautés culturelles différentes. Le but ultime des soins de santé dans une société diversifiée consiste avant tout en un engagement mutuel entre le professionnel de la santé et la personne (Bhopal, 2009).

Le développement de la compétence culturelle. À ce jour, il n'existe pas de définition de la compétence culturelle qui fasse consensus. Certains auteurs la décrivent comme un moyen pour

diminuer les inégalités de soins, d'accepter les différences (Kimayer, 2012; Saccomano et al., 2014), d'augmenter l'accessibilité des ressources de santé pour les personnes issues des minorités culturelles au même titre que les personnes faisant partie de la culture dominante (Reese Melton et Ciaravino, 2004) ou encore de valoriser la justice sociale (Blanchet Garneau, 2016). D'autres auteurs affirment que le développement de la compétence culturelle est un moyen pour guider les interventions infirmières en contexte de soins culturels, elle a aussi des impacts sur les conceptions de l'infirmière et sa façon de faire face aux expériences de santé et de maladie vécues par la personne (Suh, 2004; Kimayer, 2012; Dayer-Berenson 2014; Sagar, 2014). Entre autres, selon Ingram (2011), le développement de la compétence culturelle implique que les professionnels de la santé cherchent à comprendre les croyances, les rituels et les coutumes des personnes issues de groupes.

De par les définitions proposées par les auteurs précédents, il est possible de conclure que la compétence culturelle est un processus continu qui requiert que les infirmières interviennent de manière culturellement congruente en contexte de diversité ethnoculturelle. Entre autres, c'est en faisant preuve de respect à l'égard de la personne de culture différente que l'infirmière parvienne à établir des liens interculturels plus solides avec celle-ci et les membres de sa famille (Cohen-Emerique, 2011). Toutefois dans l'optique d'une formation par compétences la définition proposée par Blanchet Garneau (2011, dans Blanchet Garneau, 2013) semble être la plus cohérente pour soutenir différentes stratégies éducatives mises en œuvre dans le cadre d'un cours en sciences infirmières. Ainsi l'auteure mentionne que la « compétence culturelle est un savoir-agir complexe fondé sur la réflexion critique et l'action par lequel le professionnel de la santé vise à atteindre la capacité d'offrir des soins culturellement sécuritaires, adaptés et efficaces en partenariat avec des personnes, familles et communautés vivant une expérience de santé » (p.20). En effet, pour que les soins soient culturellement congruents à la culture du patient, les étudiantes doivent être en mesure de mobiliser les ressources appropriées (internes ou externes) et déployer différents types de savoirs : empiriques, personnel, esthétique, éthique, etc. (Pepin, Kéroauc et Ducharme, 2010).

La formation des infirmières et des étudiantes en sciences infirmières à l'adoption d'une approche de soins culturels est une façon d'optimiser la relation de soin thérapeutique, de rendre les soins plus humains et ouverts entre le soignant et la personne soignée (Cara et O'reilly, 2008) ainsi que d'exclure dans la mesure du possible toutes sources de discrimination au sein des établissements de santé (McGee et al., 2014). Le développement de la compétence culturelle des infirmières vise à ce qu'elles interviennent de manière culturellement congruente en contexte de diversité interculturelle et implique que les soins prodigués soient empreints de respect et d'empathie (Smith, 2013). De plus, cette auteure mentionne que c'est par l'entremise de sa compétence culturelle que l'infirmière est en mesure de reconnaître et de bien comprendre l'unicité de la personne, tout en ne négligeant pas le rôle que joue sa culture sur ses expériences de santé et de maladie. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] (2004) souligne l'importance de promouvoir des soins adaptés sur le plan culturel et affirme qu'il relève du devoir des facultés universitaires d'intégrer dès la formation initiale des infirmières des cours visant le développement de leur compétence culturelle. Les cours s'inspirant de modèles théoriques quant au développement de cette compétence doivent être dispensés dans le but de sensibiliser les infirmières à la diversité culturelle (Lancellotti, 2008). En effet, la formation soutenant le développement de la compétence culturelle des infirmières est un enjeu qu'il faut valoriser dans tous les domaines relatifs aux soins (formation, administration, pratique clinique, etc.) (AIIC, 2008). Dans une étude publiée par Morton-Miller en 2013, il est mentionné que même les enseignantes en soins infirmiers éprouvent de la difficulté à intervenir efficacement auprès des étudiantes issues de communautés culturelles diverses, par manque de formation et de compétence culturelle. En somme, l'éducation est et demeure la pierre angulaire de tous professionnels qui aspirent à devenir plus compétents. D'où la nécessité pour les milieux de soins, les facultés universitaires et les CEGEPS de mettre en place des programmes qui soutiennent le développement de la compétence culturelle des infirmières. Dans les lignes qui suivent, il sera question de la pertinence des soins culturels en contexte de fin de vie.

Pertinence des soins culturels en fin de vie

La fin de vie représente une période très significative tant pour la personne mourante que pour les membres de sa famille (Aziz, Miller et Curtis, 2012). C'est aussi une période propice pour permettre à la personne et à sa famille d'exprimer leurs particularités culturelles et

religieuses (Phaneuf, 2009). Cependant, dans le domaine des soins de fin de vie des chercheurs ont constaté qu'il existe une méconnaissance culturelle de la part des professionnels de la santé en ce qui a trait aux croyances, aux valeurs et aux coutumes véhiculées par les personnes et les membres de leurs familles (Reese et al., 2004; Doorenbos, Lindhorst, Schim, Van Schaik, Demiris, Wechkin et al., 2010). Cette méconnaissance culturelle peut amener les professionnels de la santé à manquer de considération envers les demandes d'ordre culturel ou religieux exprimées par le patient et sa famille durant leurs expériences de fin de vie (McGee et al., 2014). De plus, de cette méconnaissance culturelle peut découler certains impacts négatifs (préjugés, discrimination, stéréotypes) dans la relation de soins interculturels entre les soignants, la personne malade et ses proches (Doorenbos et al., 2004 ; Tison et al., 2007). Il est aussi rapporté que le contexte interculturel dans les milieux de soins est associé à des sources de conflits entre soignants et soignés qui possèdent des conceptions divergentes (Reese et al, 2004; Bhopal, 2009; Halm, Evans, Wittenberg et Wilgus, 2012; Saccomano et al., 2014). En effet, il résulte de ces divergences de conceptions en contexte de fin de vie, des inégalités en matière de soins envers les personnes les plus démunies et faisant partie des groupes culturels minoritaires (Reese et al, 2004 ; Kirmayer, 2012). De plus, c'est la méconnaissance des habitudes et des coutumes de la personne d'une autre culture qui conduit à des processus de généralisations hâtives sur l'ensemble des individus faisant partie de ce groupe culturel (Tison et al., 2007). De ce fait, les professionnels de la santé qui désirent accompagner les personnes issues de cultures différentes dans leurs expériences de fin de vie doivent prendre conscience de leurs propres valeurs, croyances et être à l'affût de leurs préjugés à l'égard de ces dernières (Doorenbos et al., 2004 ; Bhopal, 2009; Kirmayer, 2012). De surcroît, il est primordial que les professionnels de la santé soient conscients de l'attitude exprimée envers la personne et la famille d'une autre culture en fin de vie afin de maintenir une relation de soin thérapeutique ouverte et empreinte d'humaniste (Cara et al., 2008). En effet, la peur de l'autre, de l'étranger donne lieu à des perceptions fausses et non fondées (Tison et al., 2007). Finalement, la nécessité de valoriser des approches de soins interculturels implique pour le professionnel de se rappeler constamment que chaque personne est unique, peu importe sa culture et avant de juger quelqu'un, pourquoi ne pas essayer de le connaître.

La prochaine section présente le but et les objectifs du stage ainsi que les objectifs d'apprentissage de la stagiaire relatif aux stratégies éducatives élaborées pour soutenir le développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières.

But, objectifs du stage et objectifs d'apprentissage

But du stage

- Développer dans le cadre du cours SOI 2614 - Expériences de fin de vie, différentes activités d'apprentissage qui permettront aux étudiantes de premier cycle de la faculté des sciences infirmières de l'UdeM de développer leur compétence culturelle.

Objectifs du stage

- Proposer un modèle de développement de la compétence culturelle cohérent avec la formation par compétences.
- Développer des activités d'apprentissage favorisant le développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières en contexte de fin de vie, qui respectent les principes de l'approche par compétences (APC) et de la pédagogie active.
- Évaluer les retombées de ces activités sur le développement de cette compétence chez les étudiantes.
- Émettre des recommandations sur les prochaines étapes de l'intégration de la compétence culturelle dans le cours SOI 2614 – Expériences de fin de vie, ainsi que dans la formation de 1^{er} cycle en sciences infirmières.

Objectifs d'apprentissage

- Acquérir des connaissances et développer mes compétences de future enseignante.
- Développer mes habiletés de coaching et mon leadership auprès des étudiantes et des membres de l'équipe enseignante du cours.
- Participer activement à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des différentes activités d'apprentissage en lien avec le développement de la compétence culturelle.

Recensions des écrits

Les soins de fin de vie représentent un défi de taille pour les professionnels de la santé, le patient ainsi que les membres de sa famille (Fillion, Hervouet et Block, 2004). Pour assurer des soins de qualité qui tiennent compte et reflètent les croyances culturelles des personnes en fin de vie, il faut que l'infirmière prenne en considération certains aspects tels que : l'approche systémique familiale, les enjeux éthiques, l'approche de soins humaniste-caring, l'approche par compétences, un modèle de soins culturels cohérent avec l'APC ainsi que les stratégies éducatives à prioriser dans les relations de soins interculturels.

L'approche systémique familiale

La culture joue un rôle primordial sur la perception qu'ont les infirmières des clients-familles faisant face à une expérience de fin de vie (Andrews et Boyle, 2012). Selon Matzo et Witt Sherman (2010), les familles qui accompagnent leurs proches en fin de vie passent à travers diverses émotions, telles que la tristesse, l'injustice, l'impuissance, etc. Le soutien que les membres de la famille offrent à la personne mourante est indéniable, ils comprennent souvent mieux que les professionnels de la santé l'expérience vécue par leur proche et par conséquent, ils sont souvent les mieux placés pour l'aider à exprimer plus librement ses besoins culturels, et religieux (Matzo et al., 2010). Duhamel (2007) invite l'infirmière à travailler conjointement avec la famille afin de reconnaître leur existence, leur expérience, leur expertise et les aider à nourrir de façon réaliste leur besoin d'espoir.

La reconnaissance de l'Existence de la famille. Lors des soins du patient, les membres de la famille se sentent souvent mis de côté, ignorés par l'infirmière absorbée par sa charge de travail (Duhamel, 2007). Toutefois, pour mieux comprendre la dynamique familiale du patient, il est important que l'infirmière établisse une relation thérapeutique avec les membres de sa famille (Wright et Leahey., 2005). Pour y parvenir, l'infirmière doit démontrer de l'intérêt envers ceux-ci, faire preuve de courtoisie, adopter une attitude ouverte et chaleureuse (Wright et al., 2005). Reconnaître l'existence des membres de la famille dans les soins, c'est être avec la personne et sa famille dans l'accompagnement offert en fin de vie. C'est aussi de s'informer sur toutes les personnes qui composent l'environnement social, culturel et familial du patient (Reinke, Shannon, Engelberg, Young et Curtis, 2009). Dans la pratique courante, cela peut se faire notamment par l'élaboration d'un génogramme (Wright et al., 2005) et d'une écocarte (Duhamel

et Dupuis, 2003) qui permettront aussi à l'infirmière d'examiner plus en profondeur le système de croyances auquel adhèrent la personne mourante et sa famille. Dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, la famille est un acteur clé qu'il ne faut surtout pas négliger, car elle représente le principal soutien spirituel et moral du patient (Zerwekh, 2006; Duhamel, 2007).

La reconnaissance de l'Expérience de la famille. « Pour reconforter les personnes qui vivent de la souffrance, aussi intense soit-elle, l'infirmière doit s'intéresser à elles et démontrer une écoute active de cette expérience » (Duhamel, 2007, p. 69). Donc, la reconnaissance de l'expérience de la famille au chevet de la personne implique pour l'infirmière qu'elle accorde une attention particulière au vécu de celle-ci auprès de leur proche sans porter de jugement (Duhamel, 2007). En contexte de fin de vie, les membres de la famille sont des agents facilitateurs pouvant aider l'infirmière à mieux explorer les croyances culturelles de la personne (Duhamel, 2007). En outre, les membres de la famille sont les mieux placés pour aider et soutenir la personne dans l'expression de ses besoins d'ordre culturel, religieux (Phaneuf, 2009) ou spirituel en fin de vie (Long, 2011). Ainsi, il faut légitimer et souligner leur présence dans la relation de soins en faisant preuve d'empathie à leur égard (Duhamel, 2007). Pour reconnaître l'expérience des membres de la famille dans la relation de soin, il faut que l'infirmière soit sensibilisée à la culture de celle-ci (Andrews et al., 2012) et l'aide à extérioriser ses émotions face à la situation vécue auprès de la personne (Duhamel, 2007). L'infirmière qui intervient auprès des patients et des familles possédant une culture différente de la sienne se doit aussi d'être consciente de ses propres valeurs et croyances (Doorenbos et al, 2004), car celles-ci peuvent avoir un impact sur son approche de soins auprès de ces dernières (Wright et al., 2005).

La reconnaissance de l'Expertise. De même que l'équipe soignante, la famille possède elle aussi des compétences personnelles pour intervenir et soutenir le malade dans son expérience de santé. Duhamel (2007) mentionne qu'il est important d'explorer et d'utiliser les ressources des membres de la famille pour rendre la relation de soin plus optimal. Cela veut aussi dire souligner les forces, les croyances facilitateurs et les compétences des membres de la famille dans la relation de soins (Duhamel, 2007). En effet, la famille possède déjà un bagage dans l'art de prendre soin de l'être cher et peut être un partenaire de choix pour l'infirmière (Duhamel, 2007). Tenir compte des compétences des membres des familles permet la création de conditions favorables pour faire avancer la relation de soins (Wright et al., 2005). Une infirmière habile et compétente dans son intervention culturelle auprès des patients et de leur famille doit travailler de concert avec la famille pour mobiliser et utiliser les ressources culturelles, spirituelles et religieuses de ceux-ci

(Delgado-Guay, 2014) afin de rendre l'expérience de fin de vie de la personne plus authentique (Pepin et al., 2010).

La reconnaissance du besoin d'Espoir. En fin de vie, la famille garde toujours l'espoir de voir la personne mourante vivre un jour de plus (Zerwekh, 2006). L'espoir aide les membres de la famille à mieux appréhender la maladie même quand il ne s'agit pas de maintenir le patient en vie, la famille garde espoir qu'il sera soulagé de ses maux (Duhamel, 2007). Pour maintenir l'espoir, l'infirmière peut aider la famille à mobiliser ses ressources personnelles ou celles offertes par les professionnels de la santé (Duhamel, 2007). Par exemple, le fait de permettre à la personne ou à sa famille d'exprimer ses croyances religieuses, culturelles ou encore spirituelles (Phaneuf, 2009) sont des ressources personnelles qui permettent de garder un brin d'espoir. En ce qui concerne les ressources professionnelles, le soutien d'un accompagnateur spirituel est fortement recommandé (Andrews et al., 2012). L'espoir permet aux membres de la famille d'apprécier chaque instant passé auprès du proche mourant (Reinke et al., 2009) et aide à diminuer les souffrances que pourraient ressentir les membres de la famille face à l'expérience vécue par leur proche (Long, 2011; Châtel, 2013). De ce fait, il est important que l'infirmière légitime les réactions des membres de la famille, les invite à exprimer leurs émotions face à l'expérience vécue relative à la maladie incurable de leur être aimé et les encourage à s'accorder un peu de répit (Wright et al., 2005). Quant aux aspects plus culturels associés à cette dimension, afin de bien comprendre le système de croyances des membres de la famille du patient (Duhamel, 2007) il serait important que l'infirmière organise sur une base régulière des rencontres culturelles (Campinha-Bacote, 2011). Ces rencontres permettront à l'infirmière d'en apprendre davantage sur la culture de la personne et de sa famille ainsi que de mieux comprendre son propre système de valeurs et de croyances à l'égard de la personne et sa famille possédant une culture différente de la sienne (Campinha-Bacote, 2011).

Enfin, il est sans contredit que le rôle joué par la famille au chevet du patient est indéniable dans la relation de soins thérapeutique en fin de vie. Toutefois, cette présence de la famille peut conduire à des problèmes ou des enjeux d'ordre éthique qu'il est important de considérer pour favoriser une belle expérience de fin de vie pour le patient, sa famille ainsi que les professionnels de la santé. Ces enjeux seront abordés dans la section suivante.

Les enjeux éthiques dans les relations interculturelles

L'éthique fait référence à une réflexion critique prenant appui sur des normes de conduites, de valeurs de même que les règlements établis par des personnes ou un groupe d'individus dans la société pour diriger leurs actions (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], sd). Ainsi, par leurs pensées critiques, les personnes sont en mesure de donner du sens aux systèmes de croyances auxquels ils adhèrent et de poser des actions qui vont dans le même sens que ceux-ci (MELS, sd). En contexte de soins interculturels, les valeurs de l'infirmière peuvent être divergées de celles de la personne et de sa famille. Ces divergences peuvent conduire à des conflits de valeurs entre l'infirmière, la personne et sa famille (Dayer-Berenson, 2014). Par exemple, dans certaines cultures, les familles pourraient demander aux personnels soignants de ne pas informer une personne majeure et apte au sujet de son pronostic sombre (maladie incurable ou terminale). Cette situation peut créer des malaises chez le soignant qui n'adhère pas aux valeurs culturelles de la famille du patient (Dayer-Berenson, 2014). De plus, cela va à l'encontre du principe d'autonomie de la personne (Saint-Arnaud, 2009). Or, il est primordial pour l'infirmière d'être attentive aux différences culturelles, de même qu'à leurs répercussions sur les expériences de santé, de maladie et de mortalité de la personne et de sa famille (Dayer-Berenson, 2014). Entre autres, il faut souligner que le client et sa famille vivant une expérience de fin de vie sont des êtres vulnérables et nécessitent un plus grand soutien moral de la part des équipes soignantes (Zerwekh, 2006). En fin de vie, il faut agir avec bienveillance, éviter de faire du mal à la personne, prodiguer des soins qui respectent ses valeurs (Wils et Germond, 2007) et qui tiennent compte des principes d'équité et de respect de sa dignité (Saint-Arnaud, 2009). Ceci dit, il faut que l'infirmière avant d'entamer toutes relations interculturelles avec les personnes et leurs familles examine ses propres croyances et valeurs (Duhamel, 2006) afin d'anticiper toutes situations conflictuelles. Pour cela, il faut qu'elle soit en mesure de faire preuve d'une approche de soins ouverte et empreinte d'humaniste.

L'approche de soins humaniste-caring

Le caring est un art et une science qui prend appui sur des valeurs dites humanistes, ces valeurs vont guider nos attitudes, nos comportements, de même que notre pratique professionnelle dans divers contextes relatifs aux soins (Girard et Cara, 2011). À La FSI l'approche de soins humaniste-caring vise à outiller les étudiantes infirmières sur les diverses

manières de conjuguer avec la complexité des soins dans un système de santé (Cara, Gauvin-Lepage, Lefebvre, Letourneau, Alderson, Larue et al., 2016). Donc, pour rehausser la pratique clinique des infirmières et encourager des soins plus humains, le modèle humaniste-caring vise à « promouvoir l'excellence dans la prestation de tous les soins infirmiers, à amener l'infirmière à adopter une pratique professionnelle compétente et à imprégner ses activités quotidiennes d'une identité professionnelle basée sur une réciprocité des relations en exerçant un leadership infirmier » (Girard et al., 2011, p. 2). En effet, dans l'établissant d'une relation plus humaine surtout en contexte de soins interculturels, l'infirmière doit considérer le caractère unique de la personne qui est un être indissociable de son bagage culturel et religieux (Pepin et al., 2010). Une approche de soins humaniste implique aussi pour l'infirmière de respecter et de composer avec les différentes croyances culturelles, religieuses ou spirituelles de la personne ainsi que d'anticiper dans la mesure du possible ses attentes en lien avec celles-ci (Leininger et McFarland, 2006). De plus, Phaneuf (2009) mentionne que dans une « approche interculturelle, l'infirmière fait tout ce qu'elle peut pour faciliter la communication soignante-soigné » (p. 10). Pour établir une relation interculturelle, il faut que l'infirmière soit habile dans le processus de négociation et ou d'accommodation culturelle. L'infirmière qui s'engage dans un tel processus doit se questionner sur les croyances, les pratiques de la personne et de sa famille qui peuvent être accommodées ainsi que sur leurs demandes particulières qui peuvent être négociées avec l'équipe soignante (Leininger et al., 2006). Par exemple, en soins post-mortem, l'infirmière peut intercéder auprès des gestionnaires afin que les membres d'une famille libanaise pratiquent à l'hôpital les rituels de lavage et d'enveloppement du corps de leur proche décédée (Leininger et al., 2006). Le rôle des gestionnaires est important dans le processus de négociation culturelle puisqu'ils sont en mesure de modifier certaines politiques internes afin que le personnel soignant parvienne à répondre aux besoins exprimés par les personnes et les familles de cultures différentes (Leininger et al., 2006).

En contexte de diversité culturelle, il faut mettre l'accent sur des soins plus ouverts et humains afin de rendre la relation thérapeutique plus optimale et exhaustive. Ainsi, dans le domaine de la formation en sciences infirmières, il convient de valoriser les approches éducatives qui sont significatives pour le devenir professionnel de l'infirmière, telle que l'approche par compétences.

L'approche par compétences (APC)

Dans le cadre du présent rapport de stage, il est nécessaire de présenter en premier lieu les principales caractéristiques et concepts liés à l'APC puisque c'est la pédagogie éducative sur laquelle repose le programme de formation de 1^{er} cycle à la FSI de l'UdeM. Par la suite, le modèle de soins interculturels cohérent avec cette approche sera expliqué. Ce modèle représente la toile de fond sur lequel repose les différentes activités d'apprentissage et d'évaluation mises en place par la stagiaire lors de son stage.

À la FSI, les cours en sciences infirmières sont élaborés à partir d'une approche par compétences, l'APC de deuxième génération (Goudreau, Pepin, Dubois, Boyer, Larue et Legault, 2009). Tardif (2006) définit la notion de compétence comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22). La compétence comporte cinq caractéristiques essentielles et indissociables, elle est intégratrice, combinatoire, contextuelle, développementale et évolutive (Tardif, 2006). Étant donné qu'une personne doit acquérir des ressources pour devenir compétente et compte tenu des multiples caractéristiques de celle-ci, le développement d'une compétence est un processus qui n'est jamais achevé et qui se continue tout au long d'une vie. De plus, « la compétence professionnelle se développe en se basant à la fois sur l'ensemble des connaissances, sur l'expérience personnelle et professionnelle de l'infirmière » (Cara et al., 2016, p.7).

L'APC vise à amener l'apprenant à développer des savoirs durables qu'il sera en mesure de mobiliser dans sa vie de tous les jours ainsi que dans sa pratique professionnelle (Perrenoud, 2000). L'APC prend appui sur deux principes théoriques importants : le cognitivisme et le constructivisme. Le cognitivisme fait référence à la façon dont l'apprenant va acquérir et utiliser ses connaissances ainsi que son savoir-faire (Lasnier, 2000). En ce qui concerne le constructivisme, Lasnier (2000) mentionne que l'apprenant est avant le principal acteur dans le processus d'acquisition de connaissances. De plus, l'auteur poursuit en mentionnant que c'est par l'activation des connaissances antérieures que l'apprenant développe de nouvelles connaissances. Selon Goudreau et al., (2009), le constructivisme suppose que la réalité absolue n'existe pas, chaque réalité est construite à partir des perceptions individuelles. Du constructivisme découle le socioconstructivisme, qui implique que l'acquisition de connaissances se réalise plus efficacement dans le cadre d'un processus interactif entre les apprenants (Lasnier, 2000;

Goudreau et al., 2009). Enfin, le socioconstructivisme fait référence au fait que l'apprenant acquiert de nouvelles connaissances en les comparant avec celles de ses pairs, par la suite celui-ci construit sa propre réalité de son processus d'apprentissage (Lasnier, 2000).

La figure 1 présente les différents concepts découlant de l'APC de Lasnier (2001, p.29). Comme on peut le constater les deux cases du haut représentent les principaux concepts ou principes théoriques sur lesquels reposent l'APC. Un fois ces concepts maîtrisés par l'enseignant, celui-ci est en mesure d'élaborer des activités d'enseignement et d'apprentissage stimulant pour l'étudiante puis les évalue de manière formative ou certificative. Ces concepts étaient très utiles pour élaborer, mettre en application et évaluer les différentes activités éducatives relatives à ce stage d'intégration en formation infirmière.

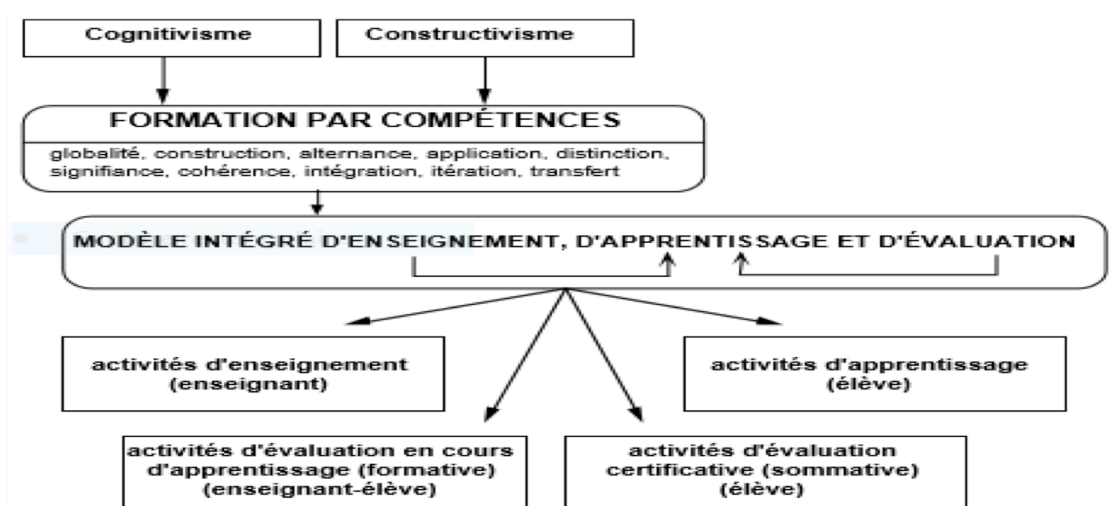


Figure 1. Concepts qui sous-tendent la formation par compétence.

L'APC comprend dix principes importants lors de la mise en place d'activités d'apprentissage significatives associées au devenir professionnel de l'étudiante infirmière. Ces principes présentés dans le tableau sous-dessous forment un tout dans l'acquisition, l'application et le transfert des connaissances des étudiantes.

Tableau 1

Dix principes propres à la formation par compétences (tirés de Lasnier, 2001, p.30)

Globalité	L'analyse des éléments à partir d'une situation globale ou jugée complexe. L'apprenant doit se faire une vision globale de la situation d'apprentissage qui lui est présentée.
Construction	À partir des connaissances antérieures, l'apprenant doit développer des

	nouveaux liens avec les connaissances nouvelles.
Alternance	L'apprenant passe d'une situation globale à très spécifique, il peut aussi faire appel à ses compétences, des activités d'apprentissage, etc.
Application	Mise en œuvre des connaissances dans une situation d'apprentissage stimulante, se refaire au savoir agir de l'apprenant.
Distinction	Faire une distinction entre le contenu de l'apprentissage et la démarche permettant de développer une compétence.
Signifiante	Les activités d'apprentissage doivent être stimulantes pour l'apprenant.
Cohérence	Corrélation qui existe entre les activités d'apprentissage, les modalités d'évaluation et la compétence.
Intégration	Liens entre les éléments à l'étude, la compétence et l'intégration que fait l'apprenant de tous ceux-ci.
Itération	Pour développer une compétence, il faut mettre l'apprenant à plusieurs aux mêmes types d'activités. Ceux-ci permettront à l'apprenant de mieux assimiler ce qui lui est enseigné.
Transfert	La capacité de l'apprenant d'utiliser les connaissances apprises dans un autre contexte.

Cadre de référence : un modèle de soins interculturels

Pour élaborer les différentes activités d'apprentissage visant le développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières en contexte de fin de vie, il fallait trouver un modèle de soins qui soit cohérent avec l'APC, modalité pédagogique priorisée dans l'enseignement au premier cycle à la FSI de l'UdeM. Le modèle choisi est celui de Campinha-Bacote 2010 : *the Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services* dans Campinha-Bacote, (2011). Ce modèle développé dans les années 90, puis modifié au cours des années subséquentes par l'auteure, guide les professionnels du réseau de la santé dans le développement de leur compétence culturelle. Il s'articule autour de cinq composantes : la conscience des différences entre les cultures (*culture awareness*), la connaissance culturelle (*cultural knowledge*), l'habileté culturelle (*cultural skill*), le désir culturel (*cultural desire*) et la rencontre culturelle (*cultural encounter**). La relation d'interdépendance entre les composantes est démontrée par des cercles (Campinha-Bacote, 2011). Le modèle définit la compétence culturelle comme un processus continu par lequel le professionnel vise à atteindre l'habileté nécessaire afin d'intervenir continuellement et de manière efficace dans le champ culturel du patient. Quatre des cinq composantes soit : la conscience des différences culturelles, la connaissance culturelle, l'habileté culturelle et le désir culturel sont interréliées par des flèches bidirectionnelles et gravitent autour de la composante centrale du modèle, c'est-à-dire la ou les

rencontres culturelles. Pour mieux comprendre les différentes composantes du modèle, voici les définitions fournies par Campinha-Bacote (2007, dans Campinha-Bacote, 2011).

- ✓ **La conscience des différences culturelles** est le processus qui implique que l'infirmière procède à une évaluation approfondie de ses valeurs, ses croyances ainsi que des préjugés qu'elle peut avoir développés envers un individu ou un groupe d'individus;
- ✓ **La connaissance culturelle** est le processus qui pousse le professionnel de la santé à s'informer et à se former sur les différents groupes culturels;
- ✓ L'habileté culturelle représente le savoir-faire du professionnel de la santé. C'est en développant ce type d'habileté que le professionnel est en mesure de collecter des informations nécessaires sur les problèmes de santé d'individus ayant des caractéristiques culturelles différentes;
- ✓ **Le désir culturel** est l'engagement et la motivation du professionnel dans le processus de devenir culturellement compétent;
- ✓ Enfin au cœur du modèle s'y trouve **la rencontre culturelle** (*cultural encounter*) qui constitue le processus continu permettant aux soignants d'entrer en relation interculturelle avec la personne, de définir ou redéfinir ses valeurs, etc. Campinha-Bacote (2007, dans Campinha-Bacote, 2011).

Les rencontres culturelles ont une influence positive sur les quatre autres composantes du modèle. C'est par l'entremise des rencontres culturelles que le professionnel de la santé devient plus conscient et sensible à la culture de l'autre, développe ses habiletés culturelles, ses connaissances culturelles et démontre son engagement envers la personne et sa famille (Campinha-Bacote, 2011). L'auteure poursuit en affirmant que deux à trois rencontres culturelles avec la personne ne permettent pas au professionnel de la santé de devenir un expert en relation interculturelle ou de posséder toutes les connaissances sur la culture de la personne. Les rencontres culturelles peuvent se réaliser sous diverses formes (face à face, communication téléphonique, etc.,). Enfin, elles aident le professionnel à valider ses connaissances ainsi que de mieux connaître la personne.

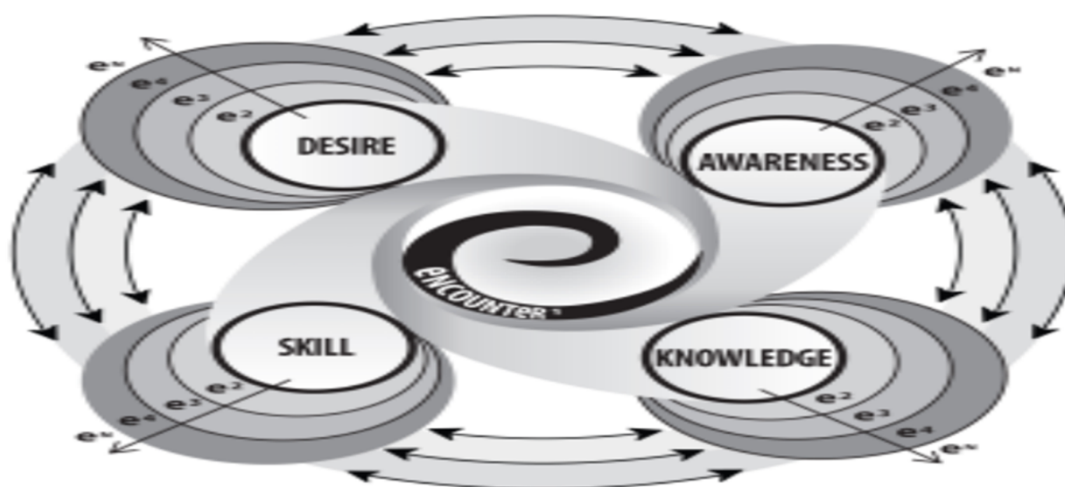


Figure 2. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services Campinha-Bacote (2010, citée dans Campinha-Bacote, 2011).

Donc, c'est à la lumière de ces connaissances acquises sur la compétence culturelle et l'APC que la stagiaire a été en mesure de mettre en place des activités éducatives visant le développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières dans le cours *SOI 2614-Expériences fin de vie* enseigné à la FSI de l'UdeM. Dans un contexte de soins en fin de vie d'où la personne et sa famille pourront avoir certaines demandes d'ordre culturel ou religieux. Il est important pour l'infirmière de chercher à comprendre la nature de cette demande, de valider et définir ses propres valeurs pour mieux encadrer la personne. Elle doit aussi démontrer son engagement dans la relation de soins interculturels en faisant preuve d'écoute et de compréhension. En ce qui concerne les connaissances culturelles, elle pourrait faire des recherches ou se référer à d'autres professionnels plus compétents, par exemple un aumônier ou un représentant religieux de la communauté de la personne (Châtel, 2013). Enfin, elle doit faire plusieurs rencontres culturelles pour développer et en apprendre davantage sur la personne (Campinha-Bacote, 2011).

Stratégies éducatives dans les relations de soins interculturels

Dans le domaine des sciences infirmières, plusieurs stratégies éducatives sont documentées pour guider les étudiantes à développer leur compétence culturelle : les journaux d'apprentissages, les exercices de réflexion critique, la formation en ligne, les études de cas, etc., (Sagar, 2014). Dans le cadre du stage, l'Apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC) basé sur les études de cas est l'une des stratégies pédagogiques très efficace utilisée en

APC, celle-ci sera présentée dans la prochaine section. Outre que l'Aspic, les groupes de discussion (Chamberland, Lavoie et Marquis, 2011) et la pratique réflexive (Sagar, 2014; Blanchet Garneau, 2016) sont deux autres stratégies pédagogiques pertinentes en APC et en formation interculturelle pour faciliter l'acquisition des connaissances des étudiantes.

Les groupes de discussion. Selon Chamberland et al. (2011), les groupes de discussion permettent aux étudiantes d'échanger, de partager leurs connaissances et donnent l'opportunité à l'enseignant de valider la compréhension de ceux-ci sur les différentes activités d'apprentissage. Cette formule pédagogique peut se présenter sous différentes formes (plénière, buzz-groupe, débat, etc.) et elle est principalement basée sur la richesse des discussions entre les étudiantes qui sont avant tout des constructrices actives dans le développement de leurs compétences (Chamberland & al., 2011). Cette formule fait appel aux deux fondements théoriques de l'APC, soit le cognitivisme et le socioconstructivisme, étant donné qu'elle implique que plusieurs apprenants interagissent afin de construire de nouvelles connaissances.

Les limites énoncées par Chamberland et al, (2011) au niveau de cette formule pédagogique:

- 1) Il y a une participation inégale entre les étudiantes lors des échanges;
- 2) il peut être difficile pour eux de bien gérer et d'évaluer cette formule;
- 3) l'évaluation de cette formule se fait plutôt de manière sommative que certificative.

La pratique réflexive. Dans le contexte de soins interculturels, la pratique réflexive est l'une des stratégies éducatives permettant aux étudiantes en sciences infirmières de valider leur connaissance et de valoriser le développement de leur compétence culturelle (Lynch et Hanson., 2011 ; Sagar, 2014 ; Blanchet Garneau, 2016). De plus, la pratique réflexive pousse le professionnel à réfléchir sur ses actions dans une situation donnée, de même qu'après avoir posé l'action en se questionnant et en explorant les raisons l'ayant amené à poser ces actions (Sagar, 2014). Toutefois, cette approche a aussi certaines limites. Selon Collin et Karsenti (2011), en formation initiale, il est difficile pour certains enseignants de bien cerner et d'opérationnaliser les effets concrets de la pratique réflexive relatifs à un manque d'expertise. De plus, les auteurs mentionnent pour bien évaluer les effets bénéfiques de la pratique réflexive, il faut qu'il y ait une bonne interaction et cohésion entre les apprenants, ce qui n'est pas souvent le cas.

Pour y remédier à ces limites, en ce qui a trait au manque de cohésion entre les apprenants Collin et al. (2011) affirment que les enseignants doivent s'assurer qu'il existe un haut niveau de

respect et de confiance entre les apprenants. En ce qui concerne le manque d'expertise des enseignants, les auteurs affirment qu'il faut que ceux-ci trouvent des stratégies concrètes afin de développer leur connaissance en lien avec cette stratégie pédagogique. Ainsi, ceci va permettre aux enseignants de rendre plus concrète l'opérationnalisation de la pratique réflexive auprès des apprenants (Collin et al., 2011). .

La prochaine section présente le contexte de réalisation de ce stage ainsi que les activités d'apprentissages mises en place pour développer la compétence culturelle des étudiantes infirmières.

Contexte de réalisation du stage

Le stage s'est déroulé à la session d'hiver 2016, à la FSI de l'UdeM, au campus de Montréal, dans le cadre du cours *SOI 2614 - Expériences de fin de vie* offert à la fin de la deuxième année du programme de baccalauréat en sciences infirmières. Les étudiantes, aux nombres de 330, représentaient la clientèle cible pour la mise en place des différentes activités d'apprentissage portant sur le développement de la compétence culturelle en fin de vie. Les étudiantes étaient réparties en neuf groupes, chacun des groupes étant sous la responsabilité d'une tutrice. Ces tutrices étaient d'étroites collaboratrices pour soutenir et accompagner les étudiantes dans la réalisation des activités proposées. Le directeur de maîtrise, M. Alain Legault, qui est aussi le professeur responsable du cours et la personne ressource du milieu, Mme Sophia Merisier ont supervisé la bonne mise en marche et l'application du projet au cours de la session.

Déroulement du stage

Étapes préparatoires du stage

Formation sur les environnements numériques d'apprentissage. Au début de la session d'hiver 2016, la participation à une formation sur l'intégration des technologies de l'information en milieu professionnel (IPR 7007) a permis à la stagiaire de mieux se familiariser avec différentes plateformes numériques d'apprentissage, dont Studium. À la FSI de l'UdeM, au premier cycle, presque tout le matériel pédagogique des cours est déposé ou réalisé par l'intermédiaire de la plateforme Studium. Dans le cadre de son stage, la stagiaire a eu recours à Studium pour élaborer un questionnaire d'appréciation en ligne destiné aux étudiantes et portant

sur les activités d'apprentissages réalisées, pour communiquer avec les étudiantes et pour y déposer tous documents jugés importants.

Les rencontres de planification du cours. De février à avril 2016, la stagiaire a participé à toutes les rencontres de planification du SOI 2614 pour bien comprendre l'environnement de celui-ci et toutes les facettes de son rôle. Ces rencontres étaient très importantes pour discuter avec les professeurs responsables du cours, du campus de Montréal, M. Alain Legault et du campus de Laval, Mme Anne-Marie Martinez. Entre autres, lors de ces rencontres la stagiaire collaborait aussi de très près avec une étudiante au doctorat, Mme Émilie Allard. Cette étudiante nommée « super-tutrice » pour avoir agi comme auxiliaire d'enseignement dans le cours pendant plusieurs années faisait aussi partie des personnes responsables du cours. Les responsables du cours avaient pour rôle de soutenir, guider et accompagner la stagiaire dans l'élaboration de ses interventions. Entre autres, ils émettaient des commentaires constructifs sur les interventions proposées par la stagiaire ainsi que les ajustements qu'ils jugeaient pertinents à apporter.

Rencontre avec les tutrices. Une semaine avant le début du cours, comme chaque année, une rencontre préparatoire est réalisée avec les tutrices. Lors de cette rencontre d'une journée, qui a eu lieu le 26 avril 2016, toutes les activités d'apprentissage du cours ont été expliquées par les professeurs à ces dernières. Cette rencontre est aussi un moment privilégié pour permettre aux tutrices de valider leurs craintes, leurs appréciations des différentes activités proposées, ainsi que d'expérimenter de nouvelles approches d'apprentissage. Durant cette rencontre, la stagiaire avait préparé une présentation PowerPoint afin d'expliquer aux tutrices, le but de son stage, les activités d'apprentissages qui soutiendraient le développement de la compétence culturelle des étudiantes, les modalités de suivi qui seraient offertes par la stagiaire aux tutrices et aux étudiantes. Suite à cette présentation, les tutrices manifestèrent beaucoup d'ouverture face aux activités proposées par la stagiaire et les trouvèrent très pertinentes dans le contexte d'un cours axé sur les soins de fin de vie.

Déroulement du cours

Le cours s'est déroulé du 3 au 30 mai 2016 simultanément sur les deux campus. Après discussion entre les deux professeurs responsables du cours, les activités proposées par la stagiaire ont été implantées seulement au campus de Montréal. Un plan de déroulement du cours et du stage est disponible à l'appendice A.

Déploiement des stratégies d'apprentissages. Lors des deux premières semaines, la stagiaire est intervenue uniquement à titre de tutrice en participant aux différentes activités d'apprentissage pour mieux comprendre et se familiariser avec l'environnement du cours. Lors de la troisième et quatrième semaine du cours, la stagiaire a pu mettre en place les stratégies d'apprentissage qu'elle avait développées pour soutenir le développement de la compétence culturelle. La bonne mise en œuvre de ce stage a été assurée par le déploiement de diverses stratégies d'apprentissage qui respectent les principes d'une APC et qui prennent appui sur les différentes composantes du cadre de référence. Comme énoncé par Lasnier (2001) et Tardif (2006), dans une APC il faut développer des activités d'apprentissages stimulantes et signifiantes pour les apprenants. Ces activités qui font appel à leurs connaissances antérieures vont permettre aux apprenants d'acquérir de nouvelles connaissances. Aussi, il faut que ces activités mènent à une intégration des connaissances. Ainsi, dans le but de respecter le principe itératif de Lasnier (2001) et d'amener les étudiantes à développer leur compétence culturelle en fin de vie, des activités d'apprentissages utilisées couramment à la FSI de l'UdeM ont été priorisées soit l'apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC), un atelier d'accompagnement culturel en laboratoire ainsi qu'une présentation portant sur la compétence culturelle à la fin de la session.

L'Apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC) est une formule pédagogique très utilisée à la FSI de l'UdeM pour guider et soutenir l'acquisition des connaissances des étudiantes au premier cycle. La méthode APSIC est similaire à l'apprentissage par problèmes, mais adaptée au domaine des soins infirmiers (FSI, 2005; Voir appendice B). L'APSIC prend appui sur deux fondements théoriques associés à l'APC : le constructivisme et le socioconstructivisme. Entre autres, cette méthode confronte les étudiantes à réfléchir ensemble sur des activités d'apprentissage significatives rattachées à leur domaine de pratique clinique (Pepin et al., 2010).

Dans le cadre de ce stage, afin de respecter les modalités d'apprentissage de l'APC, une situation clinique infirmière (SIC) sur les enjeux culturels en fin de vie a été élaborée par la stagiaire (Appendice C). La situation visait l'apprentissage de concepts reliés à une trajectoire de fin de vie « en dents de scie » qui se caractérise par la gestion de multiples comorbidités en contexte de soins hospitaliers d'un patient âgé de 82 ans, d'origine italienne, atteint

d'insuffisance rénale chronique (IRC) en phase terminale. Le cas est basé sur la difficulté qu'éprouvent certains membres de la famille du patient d'accepter les propositions de l'équipe médicale en regard de la situation clinique du patient. Par exemple, suite à la dégradation progressive de l'état clinique du patient l'équipe avait proposé à la famille d'arrêter les soins actifs de celui-ci afin qu'il puisse bénéficier des soins palliatifs. Pour certains membres de la famille, la proposition de l'équipe était irrecevable, car selon leurs valeurs tant que la personne respire, il faut préserver sa vie à tout prix même quand son état se dégrade. Pour cette famille le fait de maintenir les soins actifs et de le nourrir signifiait était synonyme d'espoir.

Les étudiantes en sous-groupe de 8 à 9, dans une classe d'environ 32 à 36 étudiantes, devaient examiner les réactions des membres de la famille du patient face aux propositions de l'équipe de soins. Les réactions de la famille du patient étaient grandement influencées par leurs convictions culturelles et religieuses. Finalement, cette situation devait amener les étudiantes à se questionner sur l'importance des soins post-mortem culturels en contexte de fin de vie.

Objectif de la SIC. La SIC visait à amener les étudiantes à réfléchir sur la place des soins culturels en fin de vie. Elle mettait aussi l'accent sur les composantes du cadre de référence servant de guide pour favoriser le développement de la compétence culturelle des étudiantes. En plus d'amener les étudiantes à être plus sensibles aux caractéristiques culturelles de la personne et de sa famille; mieux comprendre l'importance d'acquérir des connaissances culturelles; d'être motivées en tant que professionnel de la santé à vouloir connaître l'autre et de développer des habiletés culturelles afin de ne pas compromettre la relation de soins interculturels auprès des personnes et familles de cultures différentes.

Soutien offert aux étudiantes. La veille de la séance d'APSIC, les étudiantes étaient invitées à récupérer sur Studium la SIC. Pour se préparer, les tutrices disposaient d'un guide disponible (appendice C) pour soutenir et accompagner les étudiantes dans leur acquisition de connaissances en lien avec la situation clinique proposée. Ce guide comprenait la SIC, les différents concepts à l'étude, des questions pertinentes à poser aux étudiantes pour stimuler leurs réflexions, ainsi que des éléments de réponses. La stagiaire responsable d'un groupe d'APSIC a aussi eu l'occasion d'expérimenter l'activité d'apprentissage avec ses étudiantes et de noter leurs impressions générales par rapport à celle-ci.

Soutien offert aux tutrices. La stagiaire s'est assurée d'être présente en personne ou en ligne pour répondre aux questions des tutrices. Lors de ses visites dans les groupes d'APSIC, elle

prenait le temps de clarifier certains concepts avec les étudiantes et de noter leurs impressions sur les activités. Les tutrices étaient très ouvertes face aux activités proposées, elles étaient en mesure de répondre aux questions des étudiantes et certaines faisaient appel à des expériences vécues dans leurs milieux de travail respectifs auprès des patients et des familles d'origines ethniques différentes pour soutenir l'acquisition de connaissances des étudiantes.

L'Atelier d'accompagnement culturel en fin de vie visait la mise en pratique de deux méthodes pédagogiques très efficaces en APC et dans le domaine de soins culturels : les groupes de discussion et la pratique réflexive (Appendice D). Ces deux méthodes sont efficaces, car en plus de valoriser des discussions riches entre les étudiantes, elles les poussent à réfléchir sur leurs interventions en contexte de soins interculturels.

La réalisation de l'atelier d'accompagnement sur les soins culturels s'est déroulée le 19 mai lors du troisième labo du cours intitulé « l'accompagnement en fin de vie ». Les étudiantes au nombre de 18, subdivisées en deux sous-groupes de 9 devaient réfléchir sur deux situations de soins culturels. La première était basée sur le cas clinique d'un patient d'origine vietnamienne en phase terminale d'un cancer pulmonaire. Lors du décès de celui-ci, la famille fait une requête à l'infirmière responsable afin de conserver le corps du défunt pendant huit heures sur l'unité de soins actifs où il se trouve. Cette demande vise à respecter les convictions bouddhistes du défunt. Chez les personnes d'origine vietnamienne de conviction bouddhiste, les pratiques bouddhistes ont des significations considérables, tant pour la personne décédée que pour les membres de sa famille (Soucy, 2010a). Par exemple, à l'approche de la mort du patient, il est courant de voir plusieurs membres de sa famille à son chevet priés afin d'accompagner son âme vers l'au-delà (Soucy, 2010a). Dans la philosophie bouddhiste, pour permettre une transition paisible de l'âme du défunt vers l'au-delà, il ne faut pas toucher au corps du défunt pendant plusieurs heures. La chambre du défunt est souvent parsemée d'encens, élément essentiel qui aidera l'âme à transmigration (Soucy, 2010a).

Quant à la deuxième situation clinique, elle invitait les étudiantes à réfléchir et à analyser une demande faite au personnel soignant par le fils de M. Luigi, qui souhaitait que son père soit nourri malgré le fait que celui-ci était en phase d'agonie de sa maladie incurable. Selon Soucy (2010b), dans la culture italienne, les membres de la famille accordent en général une grande importance à la nourriture.

Soutien offert aux étudiantes. Dès la première semaine du cours, les étudiantes pouvaient accéder au guide de laboratoire déposé sur Studium. Dans celui-ci figurait les deux vignettes cliniques et une liste de références pour les aider à prendre connaissance des croyances et rituels culturels des personnes d'origine asiatique en fin de vie. En ce qui concerne le cas du deuxième patient, des documents sur l'alimentation en fin de vie étaient déjà fournis lors des séances d'APSIC. Du soutien leur était offert par les tutrices qui animaient les groupes de discussions au cours des laboratoires d'accompagnement.

Soutien offert aux tutrices. Les tutrices disposaient d'un guide de laboratoire et la stagiaire offrait du soutien en présentiel lors des activités et répondait, au besoin, aux questions des étudiantes.

Présentation sur la compétence culturelle. Lors d'un retour en grand groupe avec les étudiantes à la fin de la session, une présentation PowerPoint a permis de faire le point sur les concepts importants rattachés au développement de la compétence culturelle de l'infirmière intervenant auprès des personnes de cultures différentes en contexte de fin de vie (Appendice E).

Dispensation de la présentation. La présentation a eu lieu le 24 mai 2016 à deux reprises dans un amphithéâtre du pavillon Marguerite d'Youville lors de la dernière journée de cours. Au cours de la séance d'avant-midi, les deux tiers des étudiantes, environ 200 étudiantes étaient présentes et en après-midi, l'autre tiers, environ une centaine d'étudiantes étaient présentes. La présentation s'est déroulée de manière interactive dans l'optique de favoriser une plus grande participation, d'échanger davantage avec les étudiantes sur les activités ainsi que d'évaluer leurs compréhensions des différentes activités réalisées. L'expérience de présenter en grand groupe en mode interactif fut très enrichissante et stimulante pour la stagiaire.

L'évaluation des activités d'apprentissage

En APC, c'est l'évaluation formative qui est la plus valorisée. Toutefois, ce type d'évaluation ne permet pas à lui seul de valider l'atteinte des objectifs d'un cours ou d'une activité d'apprentissage dans un programme de formation. Il faut aussi une évaluation de type certificatif. Lors du déploiement des activités sur les soins culturels, plusieurs évaluations ont été réalisées par la stagiaire afin de valider la pertinence des activités.

Types d'évaluation réalisés

- 1) Tout d'abord, il y a eu plusieurs visites dans les groupes d'APSIC et de laboratoires pour soutenir les tutrices et répondre aux questions des étudiantes lors du déploiement des activités d'apprentissage. Du soutien en ligne était aussi offert aux tutrices dans l'éventualité où elles éprouveraient de la difficulté dans l'accompagnement des étudiantes au cours des différentes activités. Ces activités ont permis de recueillir de l'information pour une évaluation de type informelle.

- 2) Un questionnaire anonyme permettant d'évaluer la perception des étudiantes quant aux effets des activités sur le développement de leur compétence culturelle en fin de vie a été déposé en ligne à la fin du cours sur la plateforme Studium (voir appendice F). Ce questionnaire comprenait huit questions ainsi que des énoncés sous forme affirmative. Une échelle de Likert était utilisée pour évaluer la perception des étudiantes sur la culture et sur l'effet des activités réalisées sur leur niveau de développement culturel (Q:1-2-4). Certaines questions servant à évaluer leur niveau de connaissances des différents concepts vus lors des activités étaient présentées sous forme de vrai ou faux et de oui ou non (Q: 3-5-6-7). Il y avait aussi des questions à court développement permettant d'évaluer la pertinence des activités réalisées. La dernière question posée de manière indirecte visait à faire un peu le portrait sociodémographique des expériences cliniques des étudiantes (Q:8). Le programme DEC-BAC comprend des infirmières diplômées du cegep et des étudiantes qui ne sont pas encore infirmières inscrites à la formation initiale en sciences infirmières. Les données recueillies par cette question permettaient de connaître la proportion d'étudiantes qui étaient déjà infirmières et ayant déjà une expérience clinique plus approfondie auprès des personnes de différentes cultures.

Au total, environ 50 % des étudiantes (150) ont rempli le questionnaire. Sachant qu'il est souvent très difficile pour la FSI ou les professeurs d'obtenir une participation élevée des étudiantes concernant la complétion en ligne de différents questionnaires, des sondages en ligne ou en présentiel. De ce fait, le taux de participation de 50% des étudiantes ayant rempli le questionnaire d'évaluation des activités sur les soins culturels

est en soi un bel exploit pour la stagiaire. Entre autres, ceci permet de souligner l'intérêt des étudiantes relatif à différentes activités déployées en classe.

- 3) Dans le souci de valider l'intégration des connaissances des étudiantes lors de l'examen final du cours, une question faisant appel à leur compétence culturelle leur était posée. La question les invitait à expliquer comment elles répondraient à la demande d'une famille vietnamienne qui désire procéder sur une période de huit heures à des rituels culturels post-mortem bouddhistes suite au décès d'un proche. De plus, la question visait à évaluer l'importance du rôle d'advocacy joué par l'infirmière dans une équipe de soins lorsqu'il faut répondre à des demandes particulières d'ordre culturel ou religieux dans l'accompagnement offert en fin de vie. Les étudiantes pouvaient se référer aux éléments du cadre de référence de Campinha-Bacote (2010) afin de répondre à cette question. Enfin, le rôle de leadership de l'infirmière en ce qui concerne sa capacité de valoriser une approche de soins axée sur la négociation ou la médiation culturelle était aussi un élément important de la réponse attendue.

Selon les commentaires recueillis auprès des tutrices ayant corrigé l'examen, les étudiantes éprouvaient une certaine difficulté à cibler les éléments de réponses. Leurs réponses étaient très divergentes. À l'avenir, il faudra bien orienter les étudiantes sur les interventions de soins pertinentes pour répondre aux besoins culturels des personnes.

- 4) À la suite de toutes les activités du cours, incluant la correction de l'examen par les tutrices, un questionnaire comprenant huit questions en partie à court développement a été acheminé aux tutrices par courriel, le 11 juin 2016, afin d'évaluer leur niveau de satisfaction quant aux activités d'apprentissage réalisées (Voir appendice G). Sur 13 tutrices ayant participé au cours, cinq d'entre elles ont répondu au courriel lors de la première semaine, une d'entre elles n'avait pas pu participer aux activités pour des raisons personnelles. Après deux semaines sans réponses des autres tutrices, un courriel de rappel leur a été acheminé, le 27 juin 2016, deux d'entre elles ont rempli acheminé leur questionnaire. Au total, sept tutrices sur 13 ont répondu aux courriels. Six ont rempli le questionnaire soit 50 %. Il n'y a pas eu d'autres courriels de rappel puisque les autres tutrices n'ont démontré aucun intérêt suite à l'envoi des courriels. En général, les tutrices devaient répondre à des questions ouvertes permettant d'obtenir leurs perceptions des

différentes activités réalisées afin d'améliorer le contenu du cours portant sur les soins culturels. Une échelle de Likert était utilisée pour une seule question permettant d'évaluer leur niveau de satisfaction générale à l'égard des activités. Une question de type fermé requérant un oui ou un non était posée en lien avec la portée des activités sur le développement de la compétence culturelle des étudiantes dans le cours.

Discussion

Pertinence du projet

Comme rapporté dans la problématique, les infirmières sont interpellées à déployer diverses stratégies afin de répondre dans leur quotidien à des situations cliniques complexes. Dans les sociétés occidentales, d'année en année les grandes métropoles, telle que Montréal, font face à une augmentation importante du nombre de personnes issues de groupes culturels divers. Cette réalité culturelle est aussi transposée dans nos milieux de soins et intensifie davantage la complexité des soins due au fait que ces personnes possèdent souvent des valeurs, des croyances et des coutumes différentes de celles de l'infirmière. En raison de ces différences, les infirmières se trouvent généralement peu outillées et peu compétentes pour prodiguer des soins culturels congruents. L'étude de Morton-Miller (2013) a démontré que même les enseignantes en soins infirmiers éprouvent de la difficulté à enseigner à une communauté d'étudiantes diversifiée au plan culturel. Plusieurs auteurs ont fait mention de la pertinence d'intégrer des cours sur la compétence culturelle dans les programmes de formation infirmière, mais sans pour autant démontrer de manières concrètes comment les incorporer dans les programmes de soins. Ainsi donc, le manque de formation culturelle des étudiantes en soins infirmiers, des enseignantes, de même que des infirmières souligne la pertinence de ce projet de stage. De plus, il y a nécessité pour les facultés de sciences infirmières d'ingérer dans le cheminement académique de leurs étudiantes des cours promouvant le développement de leur compétence culturelle. Enfin, ce stage réalisé à la FSI de l'UdeM m'a permis de mettre en œuvre des activités d'apprentissages stimulantes afin d'amorcer une démarche d'intégration visant le développement de la compétence culturelle d'étudiantes de premier cycle dans un contexte de soins de fin de vie.

Analyse réflexive portant sur la mise en œuvre des activités d'apprentissages

Au terme de ce projet de maîtrise, je constate qu'une des principales caractéristiques d'une enseignante est sa capacité de porter un regard critique sur ses différentes réalisations dans le but de s'améliorer personnellement et professionnellement. Ainsi, il est de rigueur que je prenne le temps de faire le point sur les différentes activités mises en œuvre dans le cadre de ce stage relatif au développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières dans un contexte de fin de vie.

Retour sur l'APSIC. Tout d'abord, lors des périodes de planification du cours, j'avais proposé à l'équipe d'enseignantes versions du cas clinique de M. Luigi. Pour élaborer le cas, je m'étais basée sur mes expériences différentes terrain d'infirmière clinicienne auprès des personnes et familles de cultures différentes et en particulier sur le cas d'un patient d'origine portugaise avec lequel l'équipe soignante éprouvait de la difficulté à faire bien comprendre aux membres de sa famille le caractère irréversible de son diagnostic terminal.

Suite à la présentation des différentes versions du cas clinique de M. Luigi à l'équipe d'enseignantes, les principaux commentaires recueillis de leur part étaient les suivants :

- 1) trop d'accent mis sur les diagnostics médicaux et pas assez sur la culture italienne ou encore la dynamique familiale;
- 2) les différentes transitions de soins vécues par le patient et sa famille étaient pertinentes, mais rendaient la situation clinique trop complexe pour les étudiantes;
- 3) la description de la situation clinique était trop longue, cela aurait pu nuire à une bonne intégration des connaissances. En APC, il faut que l'enseignant parvienne à doser le niveau de complexité des situations cliniques présentées aux étudiantes puisque les cours sont offerts sur un continuum de temps.

Donc, pour remédier à ces lacunes, j'ai réalisé des recherches plus approfondies sur la culture italienne, la dynamique familiale et j'ai demandé conseil à des infirmières ayant travaillé de plus près avec cette communauté. Mon directeur de maîtrise a aussi contribué à l'amélioration de la situation clinique en ajoutant certains éléments sur la dynamique familiale, par exemple le rôle du proche aidant, en particulier des femmes de cette communauté en regard d'un parent

malade, le soutien de la fratrie, etc. Pour diminuer le nombre de pages, il a fallu couper dans les éléments relatifs aux différentes transitions de soins et les diagnostics médicaux. Également, l'accent a été mis sur certaines composantes du cadre théorique de Campinha-Bacote (2010) permettant aux étudiantes d'orienter leurs interventions de soins davantage sur le développement des habiletés et des connaissances culturelles.

Je retiens de cette première vraie expérience d'enseignement qu'il est essentiel que le professeur détermine et respecte les intentions pédagogiques lors de l'élaboration et de la dispensation des différentes activités d'apprentissages.

Autre difficulté rencontrée. Une semaine avant le début du cours, lors d'une rencontre planifiée avec mon directeur de maîtrise, celui-ci m'a fait remarquer que les articles que j'avais ciblés pour aider les étudiantes à bien comprendre les notions de la SIC étaient trop axés sur les pathologies médicales et représentaient plus ou moins le contexte de soins de santé nord-américain, ces articles étant la majorité écrite par des auteurs européens. Les contraintes de temps pour finaliser la SIC et le souci de mon directeur de rendre disponible aux étudiantes la version finale de la SIC lors de la première semaine du cours ont fait en sorte que celui-ci m'a simplement proposé une nouvelle liste de références pertinentes comprenant certains de mes articles et d'autres qu'il a lui-même trouvés.

Une fois, le cours entamé, les étudiantes et les tutrices ont émis des commentaires similaires à ceux du professeur sur certains aspects de la SIC soit qu'elle était trop longue et qu'il y avait trop de lectures sur les diagnostics médicaux. Toutefois, elles étaient très satisfaites de la SIC, car elle sortait du cadre habituel d'un patient en fin de vie en milieu de soins de longue durée ou palliatifs. En outre, elles disaient que la réalité actuelle des soins incluant le manque de places dans le centre des soins palliatifs et que les jeunes infirmières auraient davantage à faire face à des cas cliniques de fin de vie en milieu de soins actifs tels que la médecine et la chirurgie.

En somme, je suis quand même satisfaite de la SIC. En tant que formatrice, il faut être à l'affût de certaines contraintes, telles que le manque de temps pour planifier des activités d'apprentissage. De surcroît, il faut maintenir en tête qu'en apprentissage, on peut toujours faire mieux, car on apprend toute notre vie. Donc, si j'avais à refaire la SIC, je mettrais plus d'accent sur les composantes culturelles et la SIC serait plus courte pour permettre aux étudiants de réfléchir davantage sur les aspects relatifs à l'approche culturelle en fin de vie.

Retour sur l'atelier d'accompagnement culturel en laboratoire. Comme présenté ci-dessus dans la partie déroulement du cours, le groupe de laboratoire était constitué de 18 étudiantes. Les étudiantes en deux sous-groupes de 9 devaient réfléchir sur deux vignettes cliniques portant sur l'accompagnement culturel en fin de vie : le cas de M. Luigi, un patient d'origine italienne, pour lequel la famille désirait une certaine forme d'alimentation malgré que le patient était en phase d'agonie et le cas de M. Long, un patient vietnamien de conviction bouddhiste, pour lequel la famille demandait la possibilité de réaliser pendant huit heures de temps des soins post-mortem.

Le choix de ces deux situations reposait sur le fait que les étudiantes infirmières dans leur pratique seront appelées à faire face à ces types de demandes particulières d'ordre culturel de la personne et sa famille. Ces demandes peuvent survenir autant dans un département de soins actifs que palliatifs. Pour amener les étudiantes à comprendre ces deux situations, il était nécessaire de les faire réfléchir et analyser ces situations à partir des éléments du cadre de référence. Ainsi, elles étaient invitées à prendre conscience de leurs propres valeurs et croyances, à explorer leurs connaissances culturelles puis à développer une certaine sensibilité et des habiletés culturelles pour rendre le plus optimal possible l'accompagnement offert à la personne et à sa famille.

Lors de mes tournées en laboratoires, j'ai recueilli diverses observations des tutrices, du professeur responsable du cours et des étudiantes. Notamment, en ce qui concerne la situation clinique du patient d'origine asiatique en fin de vie, les étudiantes jugeaient tout à fait recevable la demande de la famille de préserver le corps du défunt pendant huit heures dans la chambre afin de pratiquer des rituels bouddhistes. Malgré certaines contraintes organisationnelles, les étudiantes manifestaient le désir de respecter cette demande et d'accommoder la famille le plus possible en allant même à l'encontre du coordonnateur de soins qui réclamait le lit afin d'admettre un autre patient. Ainsi, il était possible de constater que les étudiantes faisaient preuve *d'advocacy* auprès du coordonnateur de soins afin de respecter la demande de la famille du patient.

En ce qui concerne la seconde situation, celle du patient italien dont le fils faisait pression sur l'équipe soignante afin de nourrir son père en état d'agonie, les réactions des étudiantes étaient différentes. Celles-ci ont mentionné que le besoin de s'alimenter était commun à toutes les cultures. Contrairement à la première situation, elles étaient moins compliantes et refusaient d'accéder à la demande du fils de M. Luigi. Pour les étudiantes, en fin de vie, il n'était pas

souhaitable d'alimenter le patient puisque cette action ne produit aucun effet bénéfique. De plus, en raison du comportement un peu agressif du fils, il y avait même une étudiante qui voulait faire appel à la sécurité afin de le calmer.

Je retiens des observations faites après avoir expérimenté moi-même ces deux situations avec un groupe d'étudiantes, que lorsqu'on développe des activités en lien avec les soins culturels, il faut anticiper et faire attention aux pièges des stéréotypes et des préjugés. Ainsi, lors de la révision du guide des tutrices il serait important d'annoter les différentes réactions des étudiantes qui pourraient être manifestées en classe dans le but de bien outiller les tutrices dans l'accompagnement offert à ces dernières.

Retour sur la présentation sur la compétence culturelle. Lors de la préparation de la présentation, j'avais plusieurs diaporamas multicolores et quelques animations, car je pensais que ceux-ci m'aideraient à capter l'attention des étudiantes. De plus, les diapos étaient surchargées d'informations. Lors d'une rencontre avec mon directeur, il a pris le temps de réviser ma présentation. Entre autres, il m'a fait comprendre que dans une optique de formation, il est préférable d'opter pour des tons de couleurs neutres lors d'une présentation, de ne pas trop surcharger les diapositives afin que les étudiantes puissent prendre des notes.

La veille de la présentation, j'ai dû supprimer plusieurs diapositives afin de permettre aux étudiantes de procéder à l'évaluation du cours le jour de la présentation. Pour cet imprévu j'ai dû supprimer 30 minutes de ma présentation. Donc, en formation, je comprends qu'un professeur doit toujours être à l'affût du temps et posséder une bonne capacité d'adaptation face aux différents changements qui peuvent survenir au cours d'une session.

Après la présentation, mon directeur était très satisfait de ma présentation de même que l'interaction continue avec les étudiantes. Comme commentaires constructifs, celui-ci m'a fait comprendre qu'afin de m'assurer d'une bonne participation et de l'écoute des étudiantes, il est important de savoir quand ajuster le ton de sa voix. Par exemple, lorsqu'il y a des échos au fond de la salle, de prendre une minute de pause pour recentrer l'auditoire sur la présentation en cours.

Apprentissage personnel en lien avec la présentation. Je crois que la présentation a permis aux étudiantes de cibler les éléments importants pouvant guider leurs interventions auprès des personnes et familles de cultures différentes. Toutefois, il aurait été bien de faire une courte introduction sur la notion de soins culturels lors de la journée d'accueil du cours. Ceci aurait

permis aux étudiantes d'amorcer une réflexion sur cet aspect du cours. Donc, l'activité d'intégration à la suite de la réalisation de l'APSIC et de l'atelier aurait été plus significative pour celles-ci.

Retour sur certains objectifs de stage. Le stage final de maîtrise en option formation a été élaboré à partir de certains objectifs d'apprentissage que je m'étais fixés en tant que future formatrice au début de la session d'hiver :

- Proposer un modèle de développement de la compétence culturelle cohérent avec la formation par compétences.

Au terme de ce projet de maîtrise, je crois que le modèle de Campinha-Bacote (2010) était pertinent dans le contexte actuel du cours et répondait à 80 % de mes attentes. Ces composantes étaient faciles à comprendre, pouvaient bien s'incorporer dans les activités d'apprentissage et être transférées dans n'importe quel contexte de formation en sciences infirmières valorisant le développement de la compétence culturelle des étudiantes. Cependant, s'il fallait élaborer des indicateurs de développement de la compétence culturelle, il faudrait en plus du modèle penser à d'autres aspects particulièrement l'approche humaniste-caring et l'approche systémique familiale.

- Développer des activités d'apprentissage favorisant le développement de la compétence culturelle des étudiantes infirmières en contexte de fin de vie, qui respectent les principes de l'APC et de la pédagogie active.

Dans l'ensemble, je pense avoir respecté plusieurs des principes de Lasnier (2001) sur l'APC lors de l'élaboration et de la mise en place des activités. Les situations proposées étaient rattachées au domaine des soins infirmiers et elles ont permis aux étudiantes de construire dans un processus interactif de nouvelles connaissances. De plus, les étudiantes étaient très familières avec les formules pédagogiques proposées. Parmi les principes de l'APC, il y en a deux en particulier qui sont très importants dans le processus d'acquisition et d'application de connaissances : le transfert et l'intégration. Je crois avoir en partie respecté le principe d'intégration lors du déroulement des différentes activités. En classe, les discussions sur les cas cliniques proposés étaient très dynamiques entre les étudiantes et les tutrices. Lors de la présentation finale en grand groupe le 24 mai, les étudiantes avaient beaucoup de facilités à

répondre à mes questions sur les concepts et les composantes importantes rattachés aux soins culturels. Toutefois, dans les sessions à venir il faudrait apporter certaines modifications pour faire ressortir davantage l'aspect de soins culturels en lien avec la SIC de M. Luigi. Par exemple, les responsables du cours pourraient faire appel à des infirmières de soins palliatifs ou communautaires ayant déjà travaillé de proximité avec des personnes de cultures différentes pour bonifier la SIC ou pour développer d'autres cas cliniques pertinents. Par ailleurs, le fait que le cours n'était pas associé à un stage clinique de soins palliatifs ou de soins de fin de vie, rendait impossible l'appréciation du transfert de connaissances des étudiantes. Toutefois, dans les sessions à venir, les professeurs pourraient utiliser comme formules pédagogiques, la simulation clinique ou le jeu de rôle en laboratoire pour faire ressortir davantage ce principe.

- Évaluer les retombées de ces activités sur le développement de cette compétence chez les étudiantes.

Dans le questionnaire d'évaluation des activités d'apprentissage sur les soins culturels élaboré à l'attention des étudiantes à la fin du cours, les questions 4a et 4b et la question 6 permettent en partie d'évaluer cet objectif. Comme nous pouvons le voir dans la figure 3, il y a eu une auto-évaluation faite par les étudiantes sur leur perception du développement de leur compétence culturelle suite aux activités d'apprentissages. Il en ressort qu'avant d'avoir expérimenté les différentes activités entre 6 % et 14 % des étudiantes avaient évalué leur niveau de développement de la compétence culturelle de très faible à faible comparativement à 4 % après avoir fait les activités. En ce qui concerne le niveau élevé et très élevé avant les activités, le pourcentage se situait à 33 % et ce chiffre a doublé à la suite des activités.

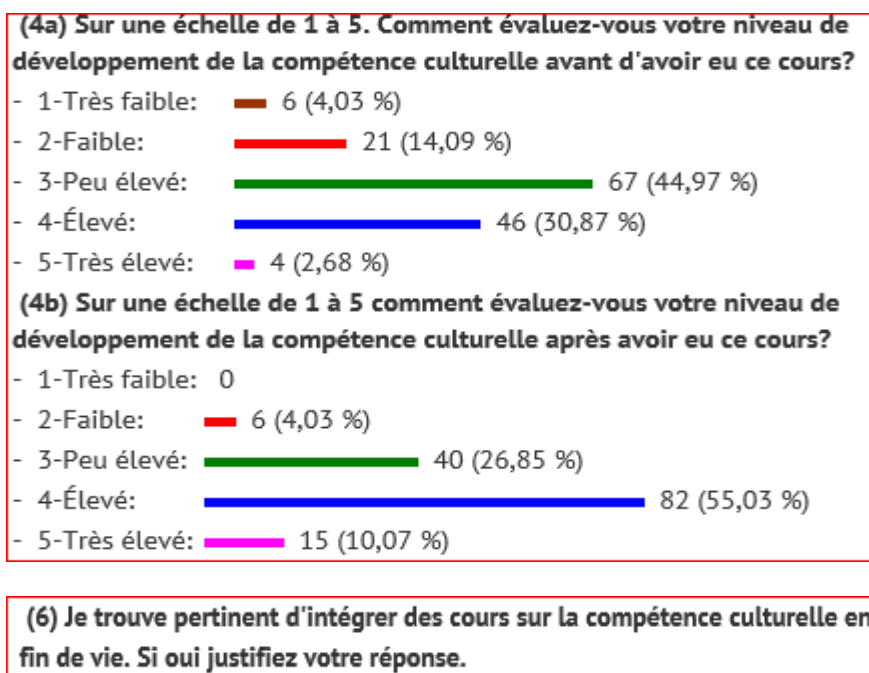


Figure 3 : Éléments du questionnaire d'évaluation étudiante.

Les réponses fournies par les des étudiantes à la question 6 étaient toutes affirmatives en ce qui concerne la pertinence de développer la compétence culturelle dans les cours de soins en fin de vie. Voici quelques exemples fournis par les étudiantes qui permettant de soutenir cette question :

- « Oui, étant donné que nous vivons à Montréal où il y a une grande diversité de cultures et nous nous trouvons de plus en plus avec des personnes âgées dans les différentes communautés dans la ville. »
- « Oui, car c'est important de tenir compte de la culture des patients lors des soins. »
- « En fait je pense que la compétence culturelle doit être intégrée dans chacun de nos cours puisque les infirmières rencontrent une clientèle différente chaque jour et c'est important pour elles de développer une compétence culturelle. »

En somme, le fait que le questionnaire était présenté de manière anonyme, les étudiantes pouvaient répondre en toute objectivité. Lors de la compilation des questionnaires, la moitié des étudiantes ont pris le temps de remplir le questionnaire ce qui à mon avis est très satisfaisante. Je n'ai pas affirmé qu'après avoir réalisé trois activités sur l'approche de soins culturels que les étudiantes ont développé à 100% leur compétence culturelle. Toutefois, je constate selon les réponses fournies par celles-ci qu'après avoir participé aux différentes activités, elles semblent

avoir développé une plus grande sensibilité culturelle face au rôle joué par la culture du patient et de sa famille sur leurs expériences de fin de vie, elles ont plus de connaissances sur les soins interculturels et comprennent mieux l'impact des relations interculturelles dans les milieux de soins. Ainsi, pour continuer à aider les étudiantes à développer cette compétence, il n'en demeure pas moins qu'il est nécessaire pour la FSI d'intégrer dans les cours du programme au premier cycle cette compétence.

- Émettre des recommandations sur les prochaines étapes de l'intégration de la compétence culturelle dans le SOI 2614, ainsi que dans la formation de 1^{er} cycle en sciences infirmières.

Selon les commentaires des tutrices ayant évalué les activités d'apprentissage du cours, les professeurs qui veulent mettre de l'avant cette compétence doivent savoir comment incorporer et bien contextualiser les situations cliniques culturelles dans les différents cours offerts au premier cycle. Je pense que la FSI peut faire appel à des intervenants de la santé du milieu communautaire, des soins spirituels, des patients partenaires, etc. pour développer des SIC ou toutes autres activités portant sur la compétence culturelle.

Retour sur les objectifs d'apprentissage

- Acquérir des connaissances et développer mes compétences de future enseignante et développer mes habiletés de coaching et de leadership auprès des étudiantes et des membres de l'équipe enseignante du cours.

Ces deux objectifs sont interreliés, car tout bon formateur doit faire preuve de leadership et de coaching. Dans le cadre du stage, mon rôle était avant de m'assurer que les tutrices respectaient la démarche proposée pour bien accompagner les étudiantes à atteindre les différents objectifs des activités mises en place. De plus, je devais être réceptive aux commentaires des étudiantes, de mes collègues et de mon directeur afin d'apporter les modifications nécessaires aux activités pour mieux encadrer les étudiantes et les tutrices. En effet, l'enseignant doit toujours chercher à améliorer ses connaissances pour devenir plus compétent. C'est un leader motivationnel, je crois que ma présence constante en classe pour soutenir les étudiantes et les tutrices m'ont permis de démontrer ce type de leadership.

- Participer activement à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des différentes activités d'apprentissage en lien avec le développement de la compétence culturelle.

Je peux dire que j'ai donné mon 100 % dans toutes les étapes relatives à l'élaboration et l'application des activités sur les soins culturels. Encore plus, par le fait que j'étais aussi auxiliaire d'enseignement dans le cours. Toutefois, je tiens à souligner et respecter le rôle de soutien de mon directeur et des autres membres de l'équipe d'enseignantes.

Retombées pour le milieu de formation et la pratique clinique de l'infirmière

La formation des infirmières sur les approches de soins interculturelles va permettre à l'infirmière d'établir une relation plus ouverte et empreinte d'humaniste auprès de la personne d'une autre culture. L'infirmière manifestera plus d'écoute aux besoins culturels exprimés par la personne et sa famille. Cela facilitera l'accompagnement offert à la personne et à la famille vivant différentes expériences de santé que ce soit en fin de vie ou dans tout autre contexte de soins. Selon les commentaires des tutrices et des étudiantes à la suite de la compilation des données des questionnaires d'évaluations, la plupart ont démontré beaucoup d'ouverture et d'intérêts à ce que la FSI développe cette compétence dans le programme de premier cycle.

Forces et limites du projet

Forces du projet. Le contexte de réalisation des différentes activités d'apprentissage était propice au développement de la compétence culturelle des étudiantes en sciences infirmières auprès des personnes et des familles en contexte de fin de vie. Mais, il faudrait développer à l'avenir des indicateurs de développement de cette compétence pour les trois années du programme de baccalauréat à l'UdeM. Le fait que les étudiantes étaient familières avec les types d'activités proposées facilitait l'acquisition de nouvelles connaissances et la majorité des tutrices étaient habiles pour dispenser le cours selon l'APC.

Limites du projet. Le fait que le cours n'était pas associé à un stage en milieu clinique, les interventions ne permettaient pas de valider le principe de transfert de connaissance. Toutefois, ce principe aurait pu être mis en application lors de l'examen de laboratoire.

Conclusion

Le pluralisme culturel est une réalité indéniable dans nos milieux de soins tout comme dans nos milieux éducatifs. La formation des infirmières orientée davantage vers une approche de soins interculturels est un enjeu important qui nécessite que les facultés universitaires, les milieux de soins (communautaires, hospitaliers) de même que les décideurs du réseau de la santé y portent un regard plus attentif. Ainsi, il est pertinent de collecter des données afin de mettre en lumière les barrières nuisant à une meilleure prise en charge par l'infirmière des personnes issues de groupes culturels divers et de souligner la nécessité de former davantage l'infirmière à une approche de soins interculturels. Les enjeux culturels peuvent survenir à tous les niveaux du système de la santé. Il est donc important que le personnel soignant soit bien outillé pour y faire face. La valorisation des soins interculturels est une manière d'apprécier la personne-famille-communauté dans l'expression de leurs besoins spirituels, religieux et culturels. Enfin, cela permet à l'infirmière d'orienter ses soins à la personne et à la famille vers une relation plus ouverte et empreinte de caring.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). *Le développement des soins adaptés sur le plan culturel*. Repéré à http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps73_promoting_culturally_competent_care_march_2004_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Énoncé de position. Prestation des soins infirmiers de fin de vie*. Repéré à https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps96_end_of_life_f.pdf?la=fr
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2012). *Transcultural concepts in nursing care*. (6th éd.). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health.
- Aziz, N. M., Miller, J. L., & Curtis, J. R. (2012). Palliative and end-of-life care research: embracing new opportunities. *Nursing outlook*, 60(6), 384-390. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.08.006>
- Bhopal, R. 2009. Medicine and Public Health in a Multiethnic World. *Journal of Public Health*, 31(3): 315–321. doi:10.1093/pubmed/fdp069
- Blanchet Garneau, A. (2013). *Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière*. Thèse de doctorat inédite, Montréal: Université de Montréal.
- Blanchet Garneau, A. (2016). Critical reflection in cultural competence development : a framework for undergraduate nursing education. *Journal of nursing education*, 55 (3), 125-131. doi:10.3928/01484834-20160216-02
- Campinha-Bacote, J. (2011). Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process. *International journal for human caring*, 15(3), 42-48.
- Cara, C., Gauvin-Lepage J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., & al. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en Soins Infirmiers*, (125), 20-31.
- Cara, C., & O'reilly, L. (2008). S'appropriier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *RSI Recherches en soins infirmiers*, 95(4), 37-45.
- Centre de santé et de services sociaux de la Montagne. (2011). Guide d'intervention clinique. L'adaptation des services à la diversité culturelle. Repéré à http://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/guide_diversite_culturelle.pdf
- Chamberland, G., Lavoie, L., & Marquis, D. (2011). *20 formules pédagogiques*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Châtel, T. (2013). *Vivants jusqu'à la mort: Accompagner la souffrance spirituelle en fin de vie*. Paris: Albin Michel.
- Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social : théories et pratiques*. Paris, Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Collin, S., & Karsenti, T. (2011). Limites et conditions d'efficacité de l'interaction en ligne Pour soutenir la pratique réflexive des enseignants-stagiaires. *Education et Formation*, 87-104.

- Dayer-Berenson, L. (2014). *Cultural competencies for Nurses. Impact on health and Illness*. Philadelphia, Pennsylvania: Jones and Bartlett.
- Delgado-Guay, M.O. (2014). Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *General supportive and palliative care*, 8, (3), 308-313. doi:10.1097/SPC.0000000000000079
- Doorenbos, A., Lindhorst, T., Schim, S. M., Van Schaik, E., Demiris, G., Wechkin, H., & al.(2010). Development of a Web-Based Educational Intervention to Improve Cross-Cultural Communication Among Hospice Providers. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 6(3-4), 3-4.
- Doorenbos, A., Z., & Myers Schim, S. (2004). Cultural competence in hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 21(1), 28-32.
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers*. (2^e éd.). Montréal, QC : G. Morin.
- Duhamel, F., & Dupuis, F. (2003). Families in palliative care: exploring family and health-care professionals' beliefs. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(3) 113-119. DOI: 10.12968/ijpn.2003.9.3.11481
- Faculté des sciences infirmières. (2005). *L'apprentissage par situations cliniques infirmières: guide à l'intention des étudiantes et étudiants*. Montréal: Université de Montréal.
- Fillion, L., Hervouet, S., & Block, S.D. (2004). L'accompagnement en fin de vie : une occasion de croissance personnelle ? *Perspective infirmière*. (nd).
- Foucault, C. (2008). La personne en fin de vie appartenant à une autre culture: en quoi ses croyances et comportements en matière de santé peuvent-ils influencer la relation soignant-soigné ? *Bulletin du Réseau des soins palliatifs du Québec*, 16, (1), 21-25.
- Germain, A. (2013). *Une ville inclusive est-elle une ville sans exclusion? Lorsque la Diversité vivifie ou fatigue*. Dans le développement d'institutions inclusives en contexte de diversité. Recherche, formation, partenariat (Mc Andrew, Potvin et Borri-Anadon, dir.). Québec: Presses de l'Université du Québec, pp. 27-43.
- Girard, F., & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM*. Montréal : Université de Montréal.
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., & Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International journal of nursing education scholarship*, 6, Article15. doi: 10.2202/1548-923X.1685
- Gysels, M., Evans, N., Meñaca, A., Andrew, E. V. W., Bausewein, C., Gastmans, C., Gómez-Batiste, X., & Pool, R. (2012). Culture Is a Priority for Research in End-of-Life Care in Europe: A Research Agenda. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 285-294. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.09.013
- Halm, M. A., Evans, R., Wittenberg, A., & Wilgus, E. (2012). Broadening Cultural Sensitivity at the End of Life. *Holistic Nursing Practice*, 26(6), 335-349.doi: 10.1097/HNP.0b013e31826ed0a7
- Huang,Y., Yates., P, & Prior, D. (2009) Factors influencing oncology nurses' approach to accommodating cultural needs in palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3421-3429. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02938.x

- Ingram, R. R. (2012). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 695-704. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. doi: 10.1177/1363461512444673
- Lancellotti, K. (2008). Culture care theory: a framework for expanding awareness of diversity and racism in nursing education. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 24(3), 179-183.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, QC: Guérin.
- Lasnier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence. *Pédagogie collégiale*, 15(1), 28-33.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Long, C. O. (2011). Cultural and spiritual considerations in palliative care. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33(SUPPL. 2), S96-S101. doi: 10.1097/MPH.0b013e318230daf3
- Lynch, E. W., & Hanson, M. J. (2011). *Developing cross-cultural competence : a guide for working with children and their families*. Baltimore, Md.: Paul H. Brookes Pub.
- Matzo, M., & Witt Sherman, D. (2010). *Palliative care nursing. Quality care to the end of life*. New-York, N-Y: Springer.
- McGee, P. et Johnson, M. R. D. (2014). Developing cultural competence in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 19(2), 91-93. doi: 10.12968/bjcn.2014.19.2.91
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (Sd). Éthique et culture religieuse. Répéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_jeunes/EthiqueCultRel_Primaire.pdf
- Ministère de l'immigration, de la diversité et de l'inclusion. (2015). Répéré de http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2015_admisQc.pdf
- Morton-Miller, A. R. (2013). Cultural competence in nursing education: Practicing what we preach. *Teaching and Learning in Nursing*, 8(3), 91-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2013.04.007>
- Phaneuf, M. (2009). L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture. (3e partie). Repéré à http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communication_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Pepin, J., Legault, A. et Goudreau, J. (2008). "Révolution pédagogique". *Perspective infirmière*, 5(5), 33-34.
- Perrenoud, P. (2000). L'approche par compétences, une réponse à l'échec scolaire ? Répéré à http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_22.html

- Reese, D., Melton, E., & Ciaravino, K. (2004). Programmatic barriers to providing culturally competent end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 21(5), 357-364. doi: 10.1177/104990910402100510
- Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R. A., Young, J. P., & Curtis, J. R. (2010). Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 982-992. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315>
- Saccomano, S. J. & Abbatiello, G. A. (2014). Cultural considerations at the end of life. *Nurse Practitioner*, 39(2), 24-31. doi: 10.1097/01.NPR.0000441908.16901.2e
- Sagar, P. L. (2014). *Transcultural nursing education strategies*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé : guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Smith, L. S. (2013). Reaching for cultural competence. *Nursing*, 43(6), 30-37. doi: 10.1097/01.NURSE.0000429794.17073.87
- Soucy, O. (2010a). *Origines ethnoculturelles et soins gériatriques: les vietnamiens*. (4^eéd.). Montréal, QC: Institut université gériatrique de Montréal.
- Soucy, O. (2010b). *Origines ethnoculturelles et soins gériatriques: les italiens*. (3^eéd.). Montréal, QC: Institut université gériatrique de Montréal.
- Suh, E. E. (2004). The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93-102.
- Tardif, J. (2006). Un cadre général pour l'évaluation des compétences (chapitre 3, pp. 92-134). *Dans L'évaluation des compétences*. Documenter le parcours de formation. Montréal: Chenelière.
- Tison, B., & Hervé-Désirat, E. (2007). *Soins et cultures: Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris, Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Wils, J. & Germond, M. (2007). *Patients, quels sont vos droits? : connaître ses droits pour être mieux soigné*. France, Paris : In press.
- Wright, L. M. (2005). *Nurses and families : a guide to family assessment and intervention*. (4th ed.). Philadelphia, PA : F.A. Davis.
- Zerwekh, J. V. (2006). *Nursing care at the end of life : palliative care for patients and families*. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Appendice A

Tableau 2 : Plan de déroulement de stage

Février à avril 2016	Étape préparatoire du cours. Participation à quatre séances de planification des différentes activités du cours (campus de Laval et de Montréal). Rencontres individuelles avec mon directeur de maîtrise et réalisation de divers travaux.
26 Avril 2016	Rencontre préliminaire avec les tutrices. Présentation PowerPoint dispensée aux tutrices sur le projet de stage, les différentes activités développées relatives aux soins culturels et les objectifs de celles-ci.
3 mai 2016	Début du cours : participation active au cours à titre de stagiaire et d'auxiliaire d'enseignement.
Du 16 au 24 mai	Réalisation des activités mise en œuvre (APSIC et laboratoire d'accompagnement). Soutien offert en ligne aux tutrices et accompagnement fait en classe pour répondre aux questions des étudiantes.
24 mai	Présentation sur les soins culturels en sous-groupe : avant-midi 200 étudiantes et l'après-midi +/- 100 étudiants. Dépôt du questionnaire d'évaluation des étudiantes sur studium
27 mai	Évaluation de l'examen de laboratoire
30 mai	Examen écrit final
31 mai et 8 juin	Participation à la correction de l'examen final, dont une question portait sur l'accompagnement culturel en fin de vie.
11 au 27 juin	Envoi par courriel aux tutrices d'un questionnaire d'appréciation des activités d'apprentissage réalisées

Appendice B

Tableau 4 : démarche d'APSIC

Étape 1 (7-8 min)	Collecte des données
Étape 2 (15-20 min)	Analyse et synthèse (Se questionner sur les données et les liens entre elles) Résumé de la situation
Étape 3 (30 min)	Interprétation des données (faire des hypothèses d'explication et d'intervention)
Étape 4 (10 min)	Synthèse (organiser les explications et les hypothèses)
Étape 5 (7-8 min)	Planification de l'étude (lister les notions à approfondir)
Étape 6 (12-15 heures)	Étude individuelle (recherche documentaires, lectures, schéma personnel, etc.)
Étape 7 (35-40 min)	Mise en application des nouvelles connaissances lors du retour en groupe
Étape 8 (10 min)	Schématisation de groupe
Étape 9 (15-20 min)	Évaluation de la démarche individuelle et de groupe
Étape 10	Bilan personnel (individuel)

Source : Faculté des sciences infirmières (2005).

Appendice C

Situation clinique infirmière : version-tutrice

Expériences de fin de vie (SOI 2614)
Guide des tuteurs
SIC 3
L'accompagnement culturel en fin de vie

Admission à l'urgence

3/01/2016, 10h00 : M. Luigi Roberto, 82 ans, résident au CHSLD privé Manoir Saint-Léonard, est hospitalisé pour une troisième fois de suite dans un hôpital de la métropole pour pneumonie d'aspiration [PA] (voir article de DiBardino & Wunderink, 2015) et sepsis urinaire sur insuffisance rénale chronique ([IRC], qui est l'incapacité des reins à remplir ses fonctions normales, voir les articles ciblés pour comprendre la trajectoire de l'IRC). L'IRC a été diagnostiqué, il y a 5 ans par le néphrologue du patient. Les antécédents médicaux du patient sont : diabétique de type 2 depuis 25 ans (première cause de l'IRC, voir Hummel 2010), hypertension artérielle depuis 10 ans (2^e cause de l'IRC, voir Hummel 2010) et démence mixte depuis 5 ans. À l'urgence, il est évalué en priorité immédiate par l'infirmière au triage qui constate que celui-ci présente des difficultés respiratoires (fréquence 36-42/min), qu'il est fébrile à 38.5 °C rectale, désaturé à 74% avec 5 litres d'oxygène et porte une sonde à demeure, qui contient environ 50 ml d'urine dont l'aspect est très concentré et brouillé (signes/symptômes de décompensation respiratoire peuvent être reliés à la PA et aux infections urinaires). L'évaluation de l'infirmière laisse croire à une décompensation respiratoire. Ce qui l'amène à interpellier immédiatement l'équipe médicale d'intervention rapide, qui après avoir pris connaissance des données recueillies par l'infirmière décide de procéder à l'intubation du patient et à la mise en place d'une assistance ventilatoire. Par la suite, le patient a été transféré aux soins intensifs (SI) afin de bénéficier d'un suivi plus adéquat. De plus, un niveau de soins 2 était déjà statué au dossier médical de M. Luigi dans les fichiers transmis par le CHSLD au centre hospitalier (Niveau 2 : Les interventions visent à rétablir l'état pré morbide soit par la guérison d'une maladie intercurrente ou par le rétablissement d'une fonction défaillante à son niveau pré existant à la détérioration aiguë, sinon à un niveau acceptable. Les interventions envisagées doivent respecter le critère de proportionnalité, c'est-à-dire tenir compte de l'état de la personne, des résultats escomptés, du fardeau physique et psychologique et des investissements personnels exigés. Les interventions peuvent réduire de façon temporaire le confort du patient.)

Évaluation initiale et historique familial

M. Luigi est d'origine italienne, il s'est établi au Québec en 1963 avec sa femme Maria, qui est maintenant âgée de 75 ans, et son fils aîné Antonio (55 ans) qui était à l'époque âgé de 2 ans. Avant de prendre sa retraite à 70 ans, il était un pédiatre très impliqué au sein de sa communauté. C'était aussi un homme très actif, un fervent catholique pratiquant qui ne ratait jamais la messe du dimanche malgré sa profession. Au niveau de ses habitudes alimentaires, sa passion pour la nourriture typiquement italienne (les pâtes, les mets sucrés et le vin) rendait difficile la gestion de ses multiples comorbidités. M. Luigi a deux autres enfants, nés au Québec, Georgio (51 ans), un homme d'affaires très impliqué dans sa communauté, mais dont le métier fait en sorte qu'il est presque toujours en déplacement à l'extérieur du pays et une fille Isabella (49 ans) qui a pris en charge ses parents à domicile lorsque son père a été diagnostiqué il y a 5 ans de sa démence mixte. En ce qui concerne les autres membres de la famille, le patient a 7 petits-enfants et deux frères (**Voir Soucy 2010 pour comprendre la dynamique famille et possibilité d'élaborer un génogramme par les étudiantes**). Il y a un an, M. Luigi a été hospitalisé à deux reprises pour sepsis urinaire sur son IRC, il a dû recevoir en urgence des traitements de dialyse et d'antibiothérapie active. C'est au cours de ces hospitalisations que sa pneumonie d'aspiration a été diagnostiquée (**Voir DiBardino & Wunderink, 2105**).

De plus, puisque le patient présentait un risque élevé de déclin fonctionnel, l'équipe soignante avait alors suggéré à sa fille un placement permanent en CHSLD. Ce n'était pas la première fois que cette perspective d'un placement était évoquée et cette fois, comme les précédentes, les débats avaient été vifs dans la famille. Comme il fallait s'y attendre, la décision d'accepter l'hébergement permanent avait provoqué des conflits dans la famille. Le fils aîné Antonio avait manifesté sa colère devant les soignants pendant plusieurs mois. Il en voulait à sa sœur, qu'il accusait d'avoir abandonné leur père en le plaçant dans un mouroir et d'être allé à l'encontre des valeurs familiales inculquées par ses parents, soient : « *de toujours être là pour prendre soin de ses proches* ». Les deux frères de monsieur ont ajouté leur grain de sel en répétant partout dans la famille et la communauté que les femmes d'aujourd'hui ne prennent plus au sérieux leur rôle de soutien envers leurs vieux parents (**voir Soucy 2010 sur la dynamique familiale dans les familles italiennes**).

Retour aux soins intensifs

3/01/2016 : Deux heures plus tard, suite au transfert du patient au SI, sa fille et sa femme arrivent à l'hôpital en pleurs. Elles sont accueillies par une infirmière et l'intensiviste qui prennent le temps de leur expliquer la situation et d'explorer leurs inquiétudes. Après la discussion, les deux femmes se sont rendues au chevet du patient. Une trentaine de minutes plus tard, l'infirmière est interpellée par la femme de M. Luigi qui semblait très inquiète par le fait que son mari est intubé et qu'il ne puisse pas manger. Mme lui dit, sur un ton ferme et sec : « *S'il ne mange pas, c'est certain qu'il ne pourra reprendre des forces !!!* » L'infirmière a pris le temps de lui expliquer, en présence de sa fille, les motifs justifiant l'intubation du patient et l'incapacité de le nourrir pour l'instant. De plus, l'infirmière leur mentionne que la situation est temporaire. Ces explications semblent calmer la femme du patient, du moins pour le moment.

5/01/2016 : M. Luigi qui se portait mieux est extubé, un suivi est fait par l'orthophoniste pour la reprise de l'alimentation per os. **(L'orthophoniste ou la diététiste sont les deux professionnels de la santé qui peuvent évaluer les troubles de déglutition souvent associés à la PA).** Une demande de transfert en médecine-chirurgie est faite afin que M. Luigi soit pris en charge par un néphrologue.

Département de médecine-chirurgie

Le premier mois à l'unité de soins le patient était alerte, s'alimentait très bien, mais exprimait un certain inconfort généralisé par des gémissements. Une prescription de morphine 5mg s/c q 4hr prn figurait au dossier pour assurer son confort. La famille le visitait souvent et il n'était pas rare de voir 4 ou 5 personnes de trois générations dans la chambre de Monsieur **(dimension culturelle)**. Malgré tout, il y avait une bonne relation entre la famille et l'équipe soignante. **Au début du deuxième mois**, l'état du patient devint instable, ses résultats de labos sont débalancés, il a développé une plaie de pression de stade 2 à la fesse dû à son alitement prolongé et une alimentation déficiente, il s'étouffait à chaque bouchée ce qui a accentué les risques de pneumonie d'aspiration. Le médecin remet M. Luigi NPO et reprend son traitement d'insuline I/V. Pour ajouter au malheur de celui-ci, il a développé une thrombose veineuse au niveau du membre inférieur droit liée à ses multiples comorbidités et son alitement prolongé **(la**

thrombose est une formation anormale d'un caillot sanguin dans une veine et est traitée par des anticoagulants, voir Messas Wahl & Pernod, 2015). Un traitement d'héparine IV est amorcé, suite à une consultation faite par un cardiologue. Compte tenu de l'apparition de nouveaux problèmes, la famille a été rencontrée par l'équipe afin de discuter de l'état du patient. Un niveau de soins 3 est discuté et accepté par la famille après une longue discussion, car le fils aîné, Antonio, ne voulait pas qu'on réduise les soins offerts à son père. **(Niveau 3 : Les interventions seront envisagées en vue de corriger une détérioration aiguë tout en s'assurant en tout temps du confort du patient ; pas de transfert au SI).**

Une semaine après la réunion, un préposé aux bénéficiaires avise l'infirmière de la présence du sang dans les selles du patient (méléna), au scan abdominal a démontré un saignement interne non identifié et le traitement d'héparine I/V a dû être arrêté. En plus des mélénas, les infirmières ont noté l'apparition de nouveaux symptômes chez M. Luigi associés à de la dyspnée, qui sont manifestés par une respiration sifflante et laborieuse, de la tachypnée, la difficulté à bien s'exprimer, de l'anxiété et la peur de mourir **(voir Handfield, 2005 et Lamoureux & Turcot, 2013. La dyspnée est une difficulté respiratoire manifestée par un manque d'oxygène ou une sensation subjective d'un inconfort respiratoire).** Le médecin traitant qui a été informé décide alors d'augmenter la dose de morphine à 7.5 mg s/c aux 3hrs prn pour une meilleure gestion de la dyspnée. La morphine semble être plus efficace le matin, car durant la soirée M. Luigi manifeste plus d'anxiété. Ainsi, les nouveaux symptômes présentés par le patient donnent lieu à une autre rencontre entre l'équipe traitante, Antonio et Isabella. En ce qui concerne la femme de M. Luigi, elle n'a pas voulu assister à la rencontre, de peur qu'elle devienne trop émotive quant aux décisions à prendre. Les médecins expliquent aux deux enfants l'état irréversible de leur père. Les infirmières discutent de son état nutritionnel et de ses crises de dyspnée. Les évaluations faites par l'équipe, les amène à suggérer aux deux enfants d'accepter un niveau de soins 4 **(Les seules interventions entreprises sont dirigées vers le soulagement de la douleur et la correction de tout symptôme pouvant entraver le confort du patient sans chercher à corriger la cause sous-jacente).** Antonio prend la parole et exprime haut et fort son désaccord. Il affirme : *« il n'est pas moralement acceptable de précipiter la mort de quelqu'un, sa mère ne pourra pas accepter de perdre son mari, il ne revient pas aux médecins de décider quand son père doit mourir, mais à Dieu seul ! »* Quant à la fille, elle exprime le désir de ne plus voir son père souffrir. Contrairement à Antonio, elle ne veut plus d'acharnement sur son père,

elle dit avoir discuté avec son autre frère Georgio qui partage son point de vue (**différences culturelles vs différences intrafamiliales**).

Le manque de consensus entre l'équipe et le fils a nécessité l'expertise d'une infirmière spécialisée en éthique. Celle-ci prend connaissance du dossier, évalue les valeurs et croyances des membres de la famille, leur explique qu'elle comprend leur expertise et leur expérience avec le malade. De plus, elle reformule le point de vue de l'équipe soignante et explique à la famille qu'il n'y a aucun espoir d'améliorer significativement la situation du patient. Toutefois, il y a l'espoir de le soulager au maximum. Même après avoir écouté le point de vue de l'infirmière éthicienne, Antonio, toujours sceptique, demande à rencontrer un expert en soulagement de la douleur pour être sûr de prendre la bonne décision pour le bien-être de son père (**voir Campinha-Bacote, 2011 sur les soins culturels, notion d'accompagnement culturel**). Un médecin de soins palliatifs intervient alors dans le dossier, il explique son apport dans le confort du patient, il discute d'ajouter en plus de la morphine un autre médicament pour soulager la dyspnée, soit l'Ativan 0.5mg s/c q 4hr prn (**Ativan : anxiolytique et benzodiazépine : aident à soulager la dyspnée**). Le médecin informe et explique aussi au fils la possibilité de prescrire un protocole de détresse respiratoire dans le cas où l'état de son père se détériore davantage. Les faits rapportés par les soins palliatifs convainquent le fils d'accepter les soins de confort, de même que les différents traitements.

Trois jours après la rencontre familiale, M. Luigi est rendu à une phase d'agonie intense manifestée par de l'agitation psychomotrice ; de la diaphorèse ; les lèvres bleutées malgré l'oxygène ; des râles audibles ; de l'encombrement respiratoire ; une respiration laborieuse et superficielle (**signes de détresse respiratoire, voir Handfield, 2005 et Lamoureux & Turcot, 2013**). L'infirmière responsable fait appel de nouveau aux soins palliatifs qui prescrivent un protocole de détresse respiratoire (**l'ordonnance de détresse respiratoire est donnée pour soulager un symptôme qui est devenu intolérable, nécessite explications, explorer croyances et attentes**).

Appendice D

Atelier d'accompagnement culturel

SOI 2614, laboratoire #3 : Accompagner en fin de vie

<p>Activité #2 Groupes de discussion (30 minutes)</p> <p>Situation sur l'accompagnement et le respect à l'égard des cultures en fin de vie.</p> <p>But : réagir professionnellement à différentes demandes exprimées par les membres de la famille.</p>	<p>Les étudiantes devront réagi personnellement aux deux courtes mises en situation clinique proposées. Lors de la lecture des situations, demandez-leur de se placer dans un contexte de soins réel.</p> <p>Invitez-les à se mettre dans la peau de l'infirmière qui doit intervenir auprès des membres de la famille des deux patients en leur soumettant les questions ciblées pour chacune des situations. Demandez-leur de proposer des pistes de solutions réalistes face à l'attitude membres de la famille.</p> <p>Consignes : le groupe doit être divisé en deux sous-groupes de 6-9 étudiantes. Pour chacune des sous-groupes, vous leur désignez une situation. Ils ont 10 minutes pour lire la situation, noter leurs interventions et pour discuter en sous-groupes.</p> <p>Demander à un membre de chaque sous-groupe de relire leur situation à haute voix. Puis, faites un retour en plénière (10 minutes/par situation) pour discuter des interventions proposées par les étudiantes (justification, faisabilité, impact sur l'unité, etc.). Les membres de chaque groupe doivent partager leurs opinions sur chacune des situations.</p> <p>L'activité vise seulement à sensibiliser les étudiantes sur l'importance de la relation culturelle en contexte de fin de vie. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, l'idée étant de faire réfléchir les étudiantes à un niveau plus professionnel que personnel sur les deux situations, car dans les stages précédents, elles n'ont peut-être jamais eu à faire face à des demandes d'ordres culturels ou religieux de la part des patients/familles.</p>
--	---

Vignette 1 : Quand la culture rencontre la logistique hospitalière...

Il est 10h00, M. Long, âgé de 86 ans, d'origine vietnamienne et de conviction bouddhiste est admis sur votre unité de médecine-chirurgie pour un néo pulmonaire de stade 4 afin de recevoir des soins palliatifs. Le patient est déjà rendu à un stade de détresse respiratoire, manifestée par une respiration sifflante et laborieuse, de la myoclonie et de l'agitation psychomotrice. La famille du patient est présente à son chevet en permanence afin de l'accompagner par des prières dans ses dernières heures de vie. La chambre du patient est parsemée d'encens, afin de créer, aux dires de la famille, une atmosphère de calme et de recueillement. Quant à l'équipe soignante, elle s'assure de répondre le plus possible aux besoins de confort du patient et de soutenir la famille dans cette étape importante. Vers 13h00 le patient décède. Julie, son infirmière attitrée s'apprête à

intervenir auprès du patient afin d'enlever les différents cathéters s/c, lorsque s'approche un membre de la famille qui s'interpose et demande de ne pas toucher au corps pour ne perturber la transition de l'âme du défunt. De plus, deux autres requêtes ont été faites à l'infirmière :

- 1) De conserver le corps à l'étage pour une période minimale de 8h pour donner le temps aux autres membres de la famille non présents à l'hôpital de venir rendre un dernier hommage au patient;
- 2) De permettre à la famille de procéder aux différents rituels bouddhistes pour s'assurer que l'âme de défunt transige paisiblement.

Pendant ce temps, le coordonnateur de soins qui a été informé du décès fait une demande de lit à l'étage afin de transférer au plus tôt un nouveau patient dans la chambre qu'occupait M. Long, car l'urgence déborde.

Questions :

Comment comprenez-vous la demande de la famille ?

Quelle votre positionnement entre la requête de la famille et celle du coordonnateur de soins ?

Quelle attitude allez-vous adopter à l'égard des demandes de la famille ?

Vignette 2 : Ne laisser pas mon père mourir de faim ! (En lien avec la SIC 3)

Vous êtes l'infirmière responsable de M. Roberto Luigi depuis trois semaines, vous avez constaté que son état nutritionnel se détériore de jour en jour : il avale plus difficilement les aliments et tousse sans arrêt après chaque bouchée. Ainsi, après avoir discuté avec son médecin traitant de la situation, vous donnez la consigne au PAB de ne pas forcer le patient à manger dans le cas où celui-ci présenterait de la difficulté à avaler. Un après-midi, le fils aîné de M. Luigi, arrive à l'hôpital et demande à consulter le bilan nutritionnel des trois derniers jours de son père. Il est estomaqué du fait que celui-ci n'a pas mangé pendant plusieurs jours. Il commence à crier sur le personnel soignant et insiste pour que le PAB force son père à manger. Étant l'infirmière du patient, vous essayez de lui faire comprendre les impacts négatifs de l'alimentation sur l'état actuel de son père, mais il refuse de vous écouter. Il vous dit : « Quand on veut garder une personne en vie, il faut la nourrir. » De plus, il mentionne que si l'équipe de soins refuse d'alimenter son père, il va tous les poursuivre en justice et faire appel aux médias pour maltraitance.

Questions :

Comment comprenez-vous la réaction du fils ?

Quelle attitude adopteriez-vous face à la réaction du fils ?

Appendice E

Présentation PowerPoint sur la compétence culturelle

23/05/2016

► L'intégration de la compétence culturelle dans les soins palliatifs : une nécessité !

Ysemena Robert, B.Sc.inf;
Ét. M.Sc., option formation
24 mai 2016

La culture

❖ Qu'est-ce que c'est ?

La culture

Phénomène multifactoriel

Ensemble de croyances, de valeurs, de modes de vie, de pratiques partagées par lequel une personne ou un groupe d'individus expriment et donnent une signification à leur existence;

Perceptions qu'ont les individus d'eux-mêmes et du monde;



La culture

Forme l'identité socioculturelle de la personne; est dotée d'un caractère subjectif;

Joue un rôle primordial sur la perception des individus face à la santé ainsi qu'à la maladie.



Le pluralisme culturel en image...



Le pluralisme culturel et les sociétés occidentales

Coexistence entre des personnes de cultures différentes.

Changements démographiques importants à l'échelle internationale.

Explosion de contacts entre peuples et cultures.

Au Québec : plus de 50 000 nouveaux arrivants par années.

Au Canada, 95 % de nouveaux arrivants vont s'établir d'abord dans les grandes métropoles.

23/05/2016

Le pluralisme culturel dans les milieux de soins

Les professionnels de la santé de même que les clientèles qu'ils servent sont issus de communautés culturelles diversifiées.

Source d'enrichissement pour les sociétés d'accueil, mais aussi de grands défis pour les professionnels.

Amène de nouvelles perspectives

Peut conduire à des écarts en terme d'accessibilité aux ressources et aux soins de la santé.

L'acculturation

Rencontre entre deux cultures qui réagissent l'une et l'autre. Ce qui s'exprime sous diverses formes :

L'assimilation équivaut à mettre de côté sa culture d'origine pour s'incorporer dans la société ou culture d'accueil ;

L'intégration est la « fidélité à la culture traditionnelle et, simultanément, l'adoption de certaines valeurs sociales dominantes » ;

La séparation est le « retrait auto-imposé de la société dominante tout en conservant son identité culturelle traditionnelle » ;

La marginalisation est le « rejet par la société dominante, rejet des valeurs traditionnelles de sa culture et effacement de l'identité culturelle d'origine » (Rianeuf 2009).

La ségrégation est le fait qu'une personne d'origine immigrante veuille conserver à tout prix son identité culturelle d'origine et ne tient en aucun cas à s'intégrer à la société d'accueil (Tison, 2007).

La compétence culturelle

La compétence culturelle est un « savoir-agir complexe fondé sur la réflexion critique et l'action par lequel le professionnel de la santé vise à atteindre la capacité d'offrir des soins culturellement sécuritaires, adaptés et efficaces en partenariat avec des personnes, familles et communautés vivant une expérience de santé » (Rianeuf 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693, 3694, 3695, 3696, 3697, 3698, 3699, 3700, 3701, 3702, 3703, 3704, 3705, 3706, 3707, 3708, 3709, 3710, 3711, 3712, 3713, 3714, 3715, 3716, 3717, 3718, 3719, 3720, 3721, 3722, 3723, 3724, 3725, 3726, 3727, 3728, 3729, 3730, 3731, 3732, 3733, 3734, 3735, 3736, 3737, 3738, 3739, 3740, 3741, 3742, 3743, 3744, 3745, 3746, 3747, 3748, 3749, 3750, 3751, 3752, 3753, 3754, 3755, 3756, 3757, 3758, 3759, 3760, 3761, 3762, 3763, 3764, 3765, 3766, 3767, 3768, 3769, 3770, 3771, 3772, 3773, 3774, 3775, 3776, 3777, 3778, 3779, 3780, 3781, 3782, 3783, 3784, 3785, 3786, 3787, 3788, 3789, 3790, 3791, 3792, 3793, 3794, 3795, 3796, 3797, 3798, 3799, 3800, 3801, 3802, 3803, 3804, 3805, 3806, 3807, 3808, 3809, 3810, 3811, 3812, 3813, 3814, 3815, 3816, 3817, 3818, 3819, 3820, 3821, 3822, 3823, 3824, 3825, 3826, 3827, 3828, 3829, 3830, 3831, 3832, 3833, 3834, 3835, 3836, 3837, 3838, 3839, 3840, 3841, 3842, 3843, 3844, 3845, 3846, 3847, 3848, 3849, 3850, 3851, 3852, 3853, 3854, 3855, 3856, 3857, 3858, 3859, 3860, 3861, 3862, 3863, 3864, 3865, 3866, 3867, 3868, 3869, 3870, 3871, 3872, 3873, 3874, 3875, 3876, 3877, 3878, 3879, 3880, 3881, 3882, 3883, 3884, 3885, 3886, 3887, 3888, 3889, 3890, 3891, 3892, 3893, 3894, 3895, 3896, 3897, 3898, 3899, 3900, 3901, 3902, 3903, 3904, 3905, 3906, 3907, 3908, 3909, 3910, 3911, 3912, 3913, 3914, 3915, 3916, 3

23/05/2016

Prise de conscience des différences entre les cultures (cultural awareness)

Processus qui implique pour l'infirmière de procéder à une évaluation approfondie de ses propres valeurs, croyances ainsi que des préjugés qu'elle peut avoir développé envers un individu ou un groupe d'individus...

Cette évaluation a pour but d'amener les infirmières à prendre conscience des préjugés ou des problèmes qui peuvent survenir dans une relation de soins culturels entre des personnes de cultures différentes.

L'habileté culturelle (cultural skill)

Savoir-faire du professionnel de la santé à collecter des informations nécessaires en ce qui concerne les problèmes de santé des individus ayant des caractéristiques culturelles variées...



La connaissance culturelle (cultural knowledge)

Processus qui pousse le professionnel de la santé à s'informer sur les différents groupes culturels.

Comprendre la culture du patient, c'est l'apprécier dans son entité propre afin de répondre à ses besoins culturels.

Cette compréhension a aussi pour but d'amener le soignant à acquérir l'information nécessaire pour mieux soutenir la personne et sa famille dans leurs expériences de santé.

Le désir culturel (cultural desire)

L'engagement et la motivation du professionnel dans le processus de devenir culturellement compétent.

L'infirmière qui travaille dans une organisation de soins doit s'engager activement à promouvoir des soins culturels adaptés afin d'éliminer les fausses croyances et perceptions en lien avec la culture du patient.

Les rencontres culturelles (cultural encounters)

Processus continu permettant aux soignants d'entrer dans une relation interculturelle avec les patients, de définir ou redéfinir ses valeurs. Constitue l'élément central du présent modèle.

Fait appel aux principes de respect et de tolérance et à l'égard des individus et des groupes de cultures différentes.

Doit se réaliser plusieurs fois.

Compétence culturelle et l'expérience de fin de vie, quelles sont les visées ?

Les infirmières se sentent peu préparées pour intervenir et accompagner les personnes/familles en fin de vie.

Permettre une plus grande exploration des croyances, des convictions culturelles et religieuses des patients.

Permettre de souligner l'importance des soins culturels et spirituels dans les milieux de soins.

Accompagnement des Personnes/Familles

L'accompagnement des clients et leurs familles issues de cultures différentes vivant des expériences de fin de vie est un défi de taille pour les professionnels de la santé.

L'expérience de fin de vie est très significative pour le client et sa famille qui veulent exprimer leurs convictions personnelles, culturelles et religieuses.

Accompagnement des Personnes/Familles

Les composantes culturelles jouent un rôle important sur la façon dont le patient et sa famille aimeraient être accompagnés durant cette étape cruciale de leur existence.

Les infirmières qui accompagnent les patients dans leurs derniers jours doivent leur permettre d'exprimer librement leurs particularismes religieux.

Accompagnement des Personnes/Familles

Pour les familles au chevet du patient il faut:

- ☐ Reconnaître leur Expérience;
- ☐ Reconnaître leur Existence;
- ☐ Reconnaître leur Expertise
- ☐ Leur procurer de l'Espoir.

Les familles qui accompagnent leurs proches en fin de vie passent par différentes émotions : colère, tristesse, sentiments d'injustice, d'impuissance.

Interventions infirmières

L'approche humaniste caring.

La pratique réflexive et les groupes de discussions.

Comprendre les principes éthiques rattachés aux enjeux culturels.



Retour sur les cas clinique vus en APSIC et en ateliers ...

SIC 3: M. Roberto Luigi ...

- Les caractéristiques propres à la culture italienne?
- Rôle de la famille auprès d'un proche mourant?
- Conviction religieuse?
- Comment définissez-vous le degré d'acclimatation des enfants du patient? La fille de M. Luigi et le fils Antonio.
- En quoi consiste l'accompagnement culturel auprès de cette famille?

Retour sur les cas clinique vus en APSIC et en ateliers ...

Cas de M. Long, patient vietnamien.

- Rôle de la famille auprès d'un proche mourant?
- Très présente au chevet de la personne malade. La personne âgée est très respectée.
- Conviction religieuse? La majorité sont bouddhistes, la mort est une opportunité pour la personne d'améliorer sa vie.
- En quoi consiste l'accompagnement culturel auprès des personnes de cette culture?

23/05/2016

Retour sur les cas clinique vus en APSIC et en ateliers ...

Cas de M. Long, patient vietnamien.

Pour les familles, ce sont les prières et la musique qui aident le malade à garder son âme paisible.

La chambre est parsemée d'encens.

Le personnel doit éviter le plus possible de toucher au corps de la personne mourante. Après la mort, la famille peut demander de conserver le corps du défunt pour au moins 8 heures.

La culture et la fin de vie...

Les musulmans:

- Personnes qui sont très proches. Vivent souvent en communauté.
- Convictions culturelles et religieuses: « Il n'y a pas de rite particulier prescrit par le Coran à l'égard de la personne mourante; les proches doivent faire preuve de charité à son endroit (offrir réconfort dans une ambiance de calme et de paix) » (Foucault, 2008, p. 25).
- La famille est très présente au chevet du patient en fin de vie. Les proches peuvent lire des passages du Coran pour accompagner la personne mourante.
- Les soins du défunt doit être prise en charge par des personnels soignants du même sexe. Après la mort, la famille demande souvent au personnel de procéder à une toilette funéraire.

La culture et la fin de vie...

Les Espagnols

- Personnes qui aiment vivre en société. Communauté qui s'est établie dans les années 60-70 au Canada. Très structurée et bien organisée.
- Convictions culturelles et religieuses: les membres de la communauté espagnole sont en majorité de conviction catholique.
- Perceptions face à la maladie et la mort: ce sont des personnes qui font souvent confiance au monde médical. Au moment du décès, possible qu'un prêtre soit présent pour le dernier sacrement. Il n'y a pas vraiment de rituels particuliers en fin de vie.
- Auparant, les familles préféraient que leur proche décide à la maison.
- Rôle de la famille: la personne âgée tient un rôle de très grande importance dans la famille. Son lien intergénérationnel entre les petits enfants et leurs grands parents. Valeurs familiales fortes.

La culture et la fin de vie...

Les Haïtiens:

Établis au Québec dans les années 60. La majorité avait un statut d'immigrant indépendant. Ils étaient en grand nombre des professionnels: médecins, infirmières, professeurs, etc.

L'autorité parentale est très forte. Ce sont des personnes très attachées à des coutumes, valeurs traditionnelles. La femme joue un rôle très important.

Convictions culturelles et religieuses: en grande majorité, catholique; protestants et des pratiquants du vaudou (rituels spirituels).

Maladie, associée à deux catégories: 1^{re} cause, naturelle (un choix de Dieu); 2^e cause, surnaturelle (produit par le diable). Ce sont des personnes qui font confiance à la médecine.

« La famille refuse parfois d'informer la personne malade de la gravité de sa maladie; parfois, c'est la personne elle-même qui refuse d'être informée » (Foucault, 2008, p. 24).

La mort d'un être cher peut être associée à une grande perte ou tragédie. La famille, les amis sont très présents au chevet. Beurs beaucoup la personne malade ou mourante. N'accepte pas l'incinération.

La culture et la fin de vie...

Les Grecs

- Une des communautés le mieux établie à Montréal. Les personnes de cette communauté sont très proches. Vivent en majorité dans la rive sud de Mt. Laval et Parc-extension. Établis au Canada dans les années 60.
- Rôle de la famille: structure familiale plus patriarcale. Les enfants sont très proches de leurs parents.
- Convictions culturelles et religieuses: majoritairement orthodoxes, similaires à la religion catholique. Les grecs sont très religieux et croient en la résurrection.
- Perceptions face à la maladie et la mort: la maladie est très mal vécue chez les grecs, elle est associée à la mort. Le cancer est un sujet tabou. Pour les familles, il faut préserver la vie à tout prix, elles sont très présentes au chevet du mourant.
- Très souvent c'est la famille qui décide si la personne malade doit ou non être informée de son diagnostic ou la progression de la maladie.

Retombées sur la pratique infirmière



23/05/2016

Avis à tous, c'est important

- Vous devez compléter au plus tard cette semaine, le questionnaire d'évaluation sur votre perception des niveaux de développement de la compétence culturelle.
- Se trouve sur studium.
- Questionnaire anonyme.
- Important pour évaluer le cours et l'impact des considérations culturelles sur celui-ci.

C'est la fin



Questions, commentaires?
Bon succès aux examens, vous êtes les meilleurs...

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). Le développement des soins adaptés aux besoins culturels. Disponible à l'adresse http://www.aic.ca/ressources/compromis_culturel/004_1.pdf.
- Blanchet-Green, A. (2010). Proposition: Réviser la conception de la compétence culturelle infirmière. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal. Document non publié.
- Blanchet-Green, A. (2010). Critical reflection in cultural competence development: a framework for undergraduate nursing students. *Journal of nursing education*, 25, (5), 122-125. doi:10.1016/j.nurse.2010.02.001.
- Blipps L.R. (2005). Medicine and public health in a multicultural world. *Journal of public health*, 33, (2), 105-106. doi:10.1016/j.jpubhe.2005.02.001.
- Compashe-Duval, J. (2005). The practice of cultural competence in the delivery of health care services: A review of competence models (P. 46). Université de Montréal. Document non publié.
- Compashe-Duval, J. (2010). Coping to know cultural competence: an education process. *International journal of nursing*, 33, (5), 47-48.
- Delgado-Gait, M.G. (2014). Spiritual and religious in corporate and palliative care. *Global perspectives and palliative care*, 3, (1), 100-101. DOI:10.1016/j.gpc.2014.03.001.
- Ellen, L., Harcourt, S., & Blach, S.D. (2006). L'accompagnement en fin de vie: une occasion de croissance personnelle? (première édition).

Références

- Krieger, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. [Editorial]. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 189-194. doi:10.1177/1363406112444673.
- Long, C.O. (2011). Cultural and spiritual considerations on palliative care. *Supplement*, 3, (2), 96-101.
- Norburn, B., Brodzinsky, G., Goshik, L., & S. Mok, A. (2015). Developing graduate student competency in providing culturally sensitive end of life care in critical care environments: A pilot study of teaching innovation. *Australian critical care*, 28, 189-195.
- Sooy, O. (2010). *Origine ethnoculturelle et soins infirmiers gériatriques : LSS / LSS / LSS*, 34-44. Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Sooy, O. (2010). *Origine ethnoculturelle et soins infirmiers gériatriques : LSS / LSS / LSS*, 47-60. Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Sigut, L.-P. (2014). *Transcultural communication strategies*. Springer: New York.

Appendice F

Questionnaire d'évaluation d'apprentissage et des activités d'apprentissage : version-étudiante)

Bonjour à tous, ce questionnaire est rempli de manière anonyme, il a pour but d'évaluer votre perception sur votre niveau de développement de la compétence culturelle en lien avec les activités vues au labo 3 et la SIC 3 sur les soins de fin de vie.

Éléments de réponses

Réponses envoyées: 150

Questions: 13

(1) Les activités concernant la compétence culturelle insérées dans le cours SOI 2614 (exercice dans le labo 3, SIC 3 et GG du 24 mai) ont modifié ma conception de la culture.

- Totalement en désaccord: 3 (2,01 %)
- Plutôt en désaccord: 43 (28,86 %)
- Plutôt en accord: 88 (59,06 %)
- Totalement en accord: 15 (10,07 %)

(2) Les activités concernant la compétence culturelle ont modifié ma conception sur le concept de pluralisme culturel?

- Totalement en désaccord: 7 (4,73 %)
- Plutôt en désaccord: 35 (23,65 %)
- Plutôt en accord: 90 (60,81 %)
- Totalement en accord: 16 (10,81 %)

(3a) L'infirmière doit évaluer ses propres croyances, ses valeurs et ses préjugés avant d'entamer une relation interculturelle?

- Vrai: 145 (97,32 %)
- Faux: 0

(3b) La culture est propre à chaque individu?

- Vrai: 141 (94,63 %)
- Faux: 5 (3,36 %)

(3c) L'acculturation est importante pour comprendre le processus migratoire d'un individu et est un phénomène immuable?

- Vrai: 100 (67,11 %)
- Faux: 29 (19,46 %)

(4a) Sur une échelle de 1 à 5. Comment évaluez-vous votre niveau de développement de la compétence culturelle avant d'avoir eu ce cours?

- 1-Très faible: 6 (4,03 %)
- 2-Faible: 21 (14,09 %)
- 3-Peu élevé: 67 (44,97 %)
- 4-Élevé: 46 (30,87 %)
- 5-Très élevé: 4 (2,68 %)

(4a) Sur une échelle de 1 à 5. Comment évaluez-vous votre niveau de développement de la compétence culturelle avant d'avoir eu ce cours?

- 1-Très faible: 6 (4,03 %)
- 2-Faible: 21 (14,09 %)
- 3-Peu élevé: 67 (44,97 %)
- 4-Élevé: 46 (30,87 %)
- 5-Très élevé: 4 (2,68 %)

(4b) Sur une échelle de 1 à 5 comment évaluez-vous votre niveau de développement de la compétence culturelle après avoir eu ce cours?

- 1-Très faible: 0
- 2-Faible: 6 (4,03 %)
- 3-Peu élevé: 40 (26,85 %)
- 4-Élevé: 82 (55,03 %)
- 5-Très élevé: 15 (10,07 %)

(5a) Avez-vous déjà vécu une situation de soins interculturels ou une situation interculturelle dans la vie de tous les jours?

- Oui: 66 (44,30 %)
- Non: 71 (47,65 %)

(5b) Si oui, décrivez brièvement les émotions ressenties dans la situation de soins culturels ainsi que les motifs justifiant celles-ci.

Exemples de réponses à la question fournies à la question 5 (b) :

- j'avais une famille qui veut donner au patient à boire des préparations maison à base de plantes durant son hospitalisation en disant que cela va l'aider plus à guérir ;
- En stage je me suis occupée d'un patient grec. Il ne parlait pas français et très peu anglais. J'ai trouvé très difficile de prendre soin de lui, car je ne comprenais pas ce qu'il me disait. J'aurais dû me renseigner davantage sur sa culture.
- Une famille libanaise lors de mon stage de chirurgie était mal comprise par le personnel de l'unité, car cette famille exprimait ses peurs et craintes par rapport à la patiente avec des pleurs, une présence constante et plusieurs réclamations.
- Impuissance face aux requêtes demandées, incompréhension face à certaines demandes contradictoires à mes valeurs.
- Je n'étais pas à l'aise avec la famille, car je les sentais distants. Je ne savais pas comment agir pour qu'ils se sentent confortables.
- je me sentais en confiance
- Je m'intéresse souvent à la culture de la personne pour comprendre sa manière de penser et de réagir
- Le patient ne voulait pas recevoir mes soins, car il n'aimait pas ma culture. Même s'il ne disait...

(6) Je trouve pertinent d'intégrer des cours sur la compétence culturelle en fin de vie. Si oui justifiez votre réponse.

Tous les répondants ont répondu oui à la question

Exemple de réponses :

- Oui, en fin de vie tout comme dans n'importe quel autre cours du bac cette compétence est fort pertinent, car nous y seront confrontés au quotidien dans notre profession infirmière. En soins de fin de vie, il est fort probable que la mort imminent
- On comprend mieux les différentes cultures et on peut facilement les accompagner dans ces moments difficiles
- Ça nous permet de nous sensibiliser aux cultures des autres et ainsi de mieux personnaliser nos soins

(7) Suite aux activités vues en classe, mon attitude va changer la prochaine fois que j'aurai à faire face à une situation de soins interculturels?

- Oui:  103 (69,13 %)
- Non:  26 (17,45 %)

(8) Travaillez-vous actuellement dans un milieu de soins ou avez-vous déjà travaillé dans un milieu de soins?

- Oui:  80 (53,69 %)
- Non:  55 (36,91 %)

(8b) Si oui, quelle est ou était votre fonction dans le milieu de soins où vous travaillez actuellement ou dans lequel vous avez travaillé?

Données démographiques sur le statut d'emploi des étudiants :

Infirmières, Externes en soins infirmiers, Préposés aux bénéficiaires, Infirmières hors-Québec.

Assistante infirmière chef, Agente administrative.

Appendice G

Questionnaire d'évaluation des activités d'apprentissage : version-tutrice

Bonjour à tous,

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre niveau d'appréciation général des activités réalisées en APSIC (SIC 3), lors du labo 3 (activité 2 : M. Long et M. Luigi) en lien avec le développement de la compétence culturelle des étudiantes dans le cadre du cours expériences de fin de vie (SOI 2614).

- 1) Pour celles qui étaient présentes à la journée de planification du cours, soit le 26 avril 2016, trouvez-vous pertinente la courte présentation PowerPoint faite relativement aux activités mentionnées ci-haut ?
- 2) Décrivez en quelques mots votre première impression suite à la lecture des activités d'apprentissage proposées ? Pour cette question, veuillez préciser l'activité d'apprentissage que vous avez supervisé.
- 3) Avez-vous éprouvé des difficultés dans l'accompagnement des étudiantes durant les activités proposées ?
- 4) Comment évaluez-vous les réactions et les perceptions des étudiantes avant, pendant et après avoir réalisé avec elles les activités ? Justifiez votre réponse.
- 5) Pour ceux et celles qui ont corrigé la question 10 de l'examen final (en lien avec la compétence culturelle en fin de vie) : Comparativement aux 9 autres questions, pensez-vous que les étudiantes ont eu plus de facilité ou de difficulté à répondre à cette question ?
- 6) Sur une échelle de 1 à 5 (1=le plus bas pointage et 5 le plus haut) comment évaluez-vous votre niveau général de satisfaction à l'égard des activités ? Expliquez votre réponse.
- 7) Trouvez-vous pertinent d'avoir ajouté des activités concernant la compétence culturelle dans le cours « Expériences de fin de vie » ?
- 8) Avez-vous des suggestions pour améliorer les activités concernant la compétence culturelle dans le cours « Expériences de fin de vie » ?

Questionnaire élaboré par Ysemena Robert, Inf. B. Sc, Ét. M. Sc, stage de perfectionnement en option formation - SOI 2614 - Expériences de fin de vie

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Exemple d'un questionnaire avec des éléments de réponses

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA
COMPÉTENCE CULTURELLE - VERSION TUTRICE

Bonjour à tous,

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre niveau d'appréciation général des activités réalisées **en APSIC (SIC 3), lors du labo 3 (activité 2 : M. Long et M. Luigi)** en lien avec le développement de la compétence culturelle des étudiantes dans le cadre du cours expériences de fin de vie (SOI 2614).

1) Pour celles qui étaient présentes à la journée de planification du cours, soit le 26 avril 2016, trouvez-vous pertinente la courte présentation PowerPoint faite relativement aux activités mentionnées ci-haut ?

JE N'ÉTAIS PAS PRÉSENTE.

2) Décrivez en quelques mots votre première impression suite à la lecture des activités d'apprentissage proposées? Pour cette question, veuillez préciser l'activité d'apprentissage que vous avez superviséE.

J'AI SUPERVISÉ LES LABOS CETTE ANNÉE. J'AI BEAUCOUP APPRÉCIÉ LE FAIT QU'UNE ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE VISANT À DÉVELOPPER LA COMPÉTENCE CULTURELLE SOIT AU PROGRAMME CETTE ANNÉE. C'EST ESSENTIEL. JE LA SOUHAITAIS ! J'EN SUIS À MA 3^{ÈME} ANNÉE EN TANT QUE TUTRICE.

3) Avez-vous éprouvé des difficultés dans l'accompagnement des étudiantes durant les activités proposées ?

AUCUNE.

4) Comment évaluez-vous les réactions et les perceptions des étudiantes avant, pendant et après avoir réalisé avec elles les activités ? Justifiez votre réponse.

LES ÉTUDIANTS ONT DÉMONTRÉ DE L'INTÉRÊT +++ AUX ACTIVITÉS LORS DES LABOS INCLUANT L'ACTIVITÉ PORTANT SUR LES CULTURES. ILS ÉTAIENT OUVERTS AUX DIFFÉRENCES. ILS ONT PARTICIPÉ +++. ILS SE SONT EXPRIMÉS LIBREMENT À PROPOS DE LA COMPLEXITÉ DE L'EXPÉRIENCE DE LA FIN DE VIE EN CONSIDÉRANT LA CULTURE DE L'INDIVITU/FAMILLE.

5) Pour ceux et celles qui ont corrigé la question 10 de l'examen final (en lien avec la compétence culturelle en fin de vie) : Comparativement aux 9 autres questions, pensez-vous que les étudiantes ont eu plus de facilité ou de difficulté à répondre à cette question?

NE S'APPLIQUE PAS.

6) Sur une échelle de 1 à 5 (1=le plus bas pointage et 5 le plus haut) comment évaluez-vous votre niveau général de satisfaction à l'égard des activités ? Expliquez votre réponse.

NIVEAU DE SATISFACTION : 5. LES ÉTUDIANTS ONT EN MESURE DE SAISIR LA DIFFÉRENCE ENTRE LA CULTURE DE LA PERSONNE VS SES CONVICTIONS PERSONNELLES. IL Y A LA CULTURE LIÉE AU PAYS ET LES CROYANCES DE LA PERSONNE DU MÊME PAYS.

7) Trouvez-vous pertinent d'avoir ajouté des activités concernant la compétence culturelle dans le cours « Expériences de fin de vie » ?

OUI! OUI! OUI!

8) Avez-vous des suggestions pour améliorer les activités concernant la compétence culturelle dans le cours « Expériences de fin de vie » ?

ON POURRAIT INITIER UN THÉÂTRE FORUM À PARTIR DU VÉCU DES ÉTUDIANTS À PROPOS DE LEUR PROPRE CULTURE ET LA FIN DE LA VIE. AUTREMENT DIT, EN TANT QUE TUTRICE, NOUS POURRIONS ANIMER UN THÉÂTRE FORUM SIMILAIRE À M. LONG ET M. LUIGI MAIS CETTE FOIS-CI À PARTIR DES FAITS CULTURELS RELATÉS PAR LES ÉTUDIANTS. CETTE ANNÉE, IL Y AVAIT +++ D'ÉTUDIANTS DE DIFFÉRENTES CULTURES DANS MA CLASSE. J'AURAIS PU BÉNÉFICIÉ DE LEUR SAVOIR CULTUREL ET INITIER UN JEU DE RÔLES À PARTIR DE LEUR RÉALITÉ.

BRAVO POUR LA NOUVEAUTÉ. JE L'ATTENDAIS....|

Exemple d'un deuxième questionnaire d'évaluation :

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE - VERSION TUTRICE

Bonjour à tous,

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre niveau d'appréciation général des activités réalisées **en APSIC (SIC 3), lors du labo 3 (activité 2 : M. Long et M. Luigi)** en lien avec le développement de la compétence culturelle des étudiantes dans le cadre du cours expériences de fin de vie (SOI 2614).

1) Pour celles qui étaient présentes à la journée de planification du cours, soit le 26 avril 2016, trouvez-vous pertinente la courte présentation PowerPoint faite relativement aux activités mentionnées ci-haut ?

- Absente lors de la journée de planification du cours.

2) Décrivez en quelques mots votre première impression suite à la lecture des activités d'apprentissage proposées? Pour cette question, veuillez préciser l'activité d'apprentissage que vous avez supervisé.

- Laboratoire : Intéressant et pertinent pour les étudiantes, car elles sont peu confrontées à ce genre de situation dans leur parcours académique, mais si souvent dans leur profession.

3) Avez-vous éprouvé des difficultés dans l'accompagnement des étudiantes durant les activités proposées ?

- Laboratoire : Non. Les situations et les explications étaient claires.

4) Comment évaluez-vous les réactions et les perceptions des étudiantes avant, pendant et après avoir réalisé avec elles les activités ? Justifiez votre réponse.

- Avant : Mon groupe de laboratoire a bien réagit, leurs commentaires étaient censés et cohérents.

- Pendant : Les étudiantes ont bien participé à l'exercice et tentaient de trouver réellement une solution et de faire des compromis entre le milieu hospitalier et la famille. Elles n'ont pas jugé la situation et ont respecté les rituels et valeurs de la famille.

5) Pour ceux et celles qui ont corrigé la question 10 de l'examen final (en lien avec la compétence culturelle en fin de vie) : Comparativement aux 9 autres questions, pensez-vous que les étudiantes ont eu plus de facilité ou de difficulté à répondre à cette question?

- Les étudiantes semblent avoir eu de la difficulté à répondre à cette question. Les réponses étaient très différentes les unes des autres et elles semblaient avoir de la difficulté à cibler l'essentiel de la réponse attendue.

6) Sur une échelle de 1 à 5 (1=le plus bas pointage et 5 le plus haut) comment évaluez-vous votre niveau général de satisfaction à l'égard des activités ? Expliquez votre réponse.

- 4. Les situation dans le laboratoire était pertinente, mais la question d'examen semble avoir été moins bien compris.

7) Trouvez-vous pertinent d'avoir ajouté des activités concernant la compétence culturelle dans le cours « Expériences de fin de vie » ?

- Oui.

• Capture rectangulaire

8) Avez-vous des suggestions pour améliorer les activités concernant la compétence culturelle dans le cours « Expériences de fin de vie » ?

- Cerner davantage le contenu attendu dans la question d'examen.

Questionnaire élaboré par Ysemena Robert, Inf. B. Sc, Ét. M. Sc, stage de perfectionnement en option formation - SOI 2614 - Expériences de fin de vie

MERCI DE VOTRE COLLABORATION